

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB VÁRIOS OLHARES

ALEXANDRA IGLESIAS

VITÓRIA

2015

ALEXANDRA IGLESIAS

O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB VÁRIOS OLHARES

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia, pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luziane Zacché Avellar.

UFES

Vitória, Abril de 2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

I24m Iglesias, Alexandra, 1981-
O matriciamento em saúde mental sob vários olhares /
Alexandra Iglesias. – 2015.
361 f.

Orientador: Luziane Zacché Avellar.
Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Centro de Atenção Psicossocial (Vitória, Região
Metropolitana de (ES)). 2. Cuidados primários de saúde. 3.
Saúde Mental. 4. Promoção da saúde. 5. Política de saúde
mental. 6. Reforma psiquiátrica. I. Avellar, Luziane Zacché. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
Humanas e Naturais. III. Título.

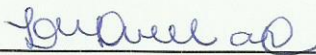
CDU: 159.9

PO APOIO MATRICIAL EM SAUDE MENTAL SOB VÁRIOS OLHARES

ALEXANDRA IGLESIAS

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

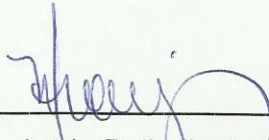
Aprovada em 20 de abril de 2015, por:



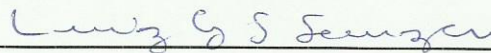
Prof^a. Dr^a. Luziane Zacché Avellar – Orientadora. UFES



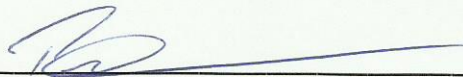
Prof^a. Dr^a. Magda Diniz Bezerra Dimenstein. UFRN



Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello Araújo. UFES



Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza. UFF



Prof. Dr. Pedro Machado Ribeiro Neto. UFES

A todos que lutam pelo SUS.

AGRADECIMENTOS

E então se passaram quatro anos, tempos de muitos desafios e aprendizagem. Agradeço a todos que de forma direta ou indireta compartilharam seus conhecimentos para a composição desta tese, em especial aqueles que disponibilizaram seu tempo em conversas e entrevistas sobre a temática desta pesquisa.

Agradeço Luziane Avellar, orientadora sempre atenta, cautelosa e serena em tratar o processo de aprendizagem. Obrigada por toda uma trajetória juntas; entre monitorias, iniciação científica e doutorado já são doze anos de muita aprendizagem e de construção conjunta de conhecimento. Agradeço ainda por ter me ensinado tanto com a sua disponibilidade em favorecer as trocas, respeitando cada estudante/pesquisador nas suas particularidades e valorizando suas produções, de modo a estimular sempre a participação de todos como sujeitos ativos neste processo de formação em saúde. Sou grata pela confiança em mim, sempre me dando liberdade para inventar e ousar em minhas propostas de pesquisa, sem cobranças, simplesmente sendo mestre.

Agradeço Maristela Dalbello por ter me apresentado ao SUS a seu modo avassalador, que ainda na graduação, me fez investir nesta luta pela promoção à saúde. Obrigada por todo aprendizado, por me permitir usufruir de todo seu conhecimento, por ter me apresentado pessoas igualmente tão importantes para minha formação, pela disponibilidade a qualquer hora em estar comigo e me

ajudar e por sua firmeza também nas críticas, que me ensina e por sempre contribuir para as decisões de minha vida.

Luziane Avellar e Maristela Dalbello, minhas duas grandes mestras, que em suas imensas diferenças, uma com a tranquilidade e outra com a intensidade, estão sempre me ensinando a cuidar das relações sem perder de vista os princípios do Sistema Único de Saúde e da Atenção Psicossocial.

Carinhosamente agradeço a minha família por todo o envolvimento neste trabalho. Ao meu companheiro de todas as horas Vitor, que há doze anos abraça todos os meus sonhos e apoia todas as minhas loucuras de fazer mil coisas ao mesmo tempo. Agradeço por ser o meu colo, meu revisor de texto, meu debatedor de teorias, aquele que leva água, quando já estou horas na frente do computador, o meu chefe de cozinha, aquele que me manteve sociável e integrada, pelo menos dentro do possível, as atualidades do mundo, filmes, cinema, amigos. Obrigada meu grande amor.

Ao meu amado e querido filho Eduardo, que em seus três anos de vida, sempre se mostrou compreensivo, carinhoso e sereno, me dando possibilidade de prosseguir com tranquilidade em todos esses anos de doutoramento.

À Néia, sogra querida, com certeza absoluta não teria concluído esta tese neste tempo e deste modo se não fosse o desprendimento dela em abrir mão um pouco de sua vida em benefício ao meu sonho. Sou eternamente grata pelo carinho,

amor, cuidado ao Eduardo e almoço diário, sempre preparado com muita dedicação. E ao meu sogro Paulo Afonso por ter compartilhado um pouco da atenção da Néia comigo.

Agradeço aos meus amados pais, Itamar e Sonia, que me permitiram sonhar, desejar, fazer as minhas escolhas e assumir os desafios de chegar até aqui, mesmo diante de toda limitação física, nunca me impuseram nenhum obstáculo. E sei como mãe que não deve ter sido uma tarefa fácil. Obrigada também pelos fins de semana dedicados ao Eduardo. Obrigada por serem os meus pais.

Agradeço a minha irmã Cris pelo amor incondicional, pelo encontro de almas, pelas preocupações, pela doação de boa vontade de tempo e muito carinho, por sempre se orgulhar e vibrar com todas as minhas conquistas, pelas comidinhas, pelos “risotinhos” e pelo amor ao meu filho.

Ao meu querido irmão Willian, que mesmo com toda sua distração para com o que está acontecendo ao redor, está sempre demonstrando carinho, amor e cuidado comigo.

Agradeço também aos sobrinhos Artur e Lara por existirem e trazerem a leveza e a intensidade das crianças para o cotidiano da vida.

Agradeço ao Rodrigo Schiffler, Jojô, Pedro Morelato, Bárbara Lorenzoni, Marina Morellato e Renato Morellato, que compartilharam atenção, amor e carinho com

Eduardo nas minhas ausências e em consequência comigo, contribuindo para minha dedicação a esta tese.

Ao Filipe Tardin pela colaboração com o inglês, mas acima de tudo pela amizade, pelos planos de viagens, pela diversão de estar junto.

Agradeço à família estendida pelas vibrações de amor.

À Aline Venturi, Pri Valverde, Rachel Wandekokem e Roberta Iglesias pela linda amizade que se mantém nas ausências e na distância, transmitindo sempre força para a continuidade dos nossos planos.

Agradeço imensamente a Nicéia Malheiros com a qual tive a sorte de vivenciar lindamente uma história de um CAPS produtivo e implicado com a vida. Com sua energia contagiante contribuiu para me tornar quem sou profissionalmente e ter “maturidade” para lidar com as tensões, conflitos, disputas e diversidades, pela certeza de que tudo isto coopera pela construção de outros modos mais potentes de estar no mundo. Agradeço a tantos outros companheiros de CAPS que compuseram minha formação profissional e pessoal, em especial, Andrea Cabral, Fernanda Rachel, Geovana Cucco, Luciana Nazareth e Sonia Verly, companheira de matriciamento, amiga querida e cuidadosa. Agradeço a tantos outros parceiros de prefeitura, em destaque para Elzimar Peixoto-Pinto, sempre com propostas novas e desafiadoras, pela confiança, carinho, amizade e aprendizado de sempre e Sandra Bissoli, que com sua sapiência e generosidade em compartilhar todo

seu conhecimento e experiência de SUS tem me ensinado tantas coisas todos os dias. Agradeço Andrea Romanholi e Luiza Victal, por todo aprendizado compartilhado em saúde mental e em matriciamento desde minha entrada na prefeitura.

Ao GEMTES (Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde) que desde o mestrado vem acompanhando minha formação acadêmica com suas contribuições valorosas. E ao grupo de orientação do doutorado pela leitura atenta desta tese e por todas as trocas oportunizadas nestes quatro anos, em especial agradeço Bruna Quintanilha, Carolina Martinez, Fabiana Drumond, Kelly Tristão, Meyrielle Belotti e Pedro Machado Neto.

Agradeço aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em especial ao professor Thiago Drumond e a colega Paula Coimbra. E a esta banca, que generosamente se disponibilizou a leitura desta tese.

Por fim, agradeço profundamente ao Dr^o. Márcio Bittar Nehemy pela dedicação à pesquisa e aos cuidados tão atentos a minha visão. Costumo dizer que é ele quem me mantém há 25 anos (desde quando o conheci) enxergando a beleza da vida e das palavras; e olha que isto não deve ser fácil! Obrigado por ter me possibilitado chegar até aqui e me dar esperança, a cada encontro, de prosseguir com este sonho acadêmico.

“Não sabendo que era impossível, foi lá e fez”.
(autor desconhecido)

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	27
2.1 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO	32
2.1.1 Da reforma sanitária	32
2.1.2 Da reforma psiquiátrica	35
2.1.3 Reforma sanitária e reforma psiquiátrica: interfaces	39
2.2 PROMOÇÃO À SAÚDE E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO ..	49
3 OBJETIVOS	60
3.1 OBJETIVO GERAL	60
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	60
4 ESTUDOS	62
4.1 ESTUDO 1	62
4.2 ESTUDO 2	88
4.3 ESTUDO 3	113
4.4 ESTUDO 4	143
4.5 ESTUDO 5	183
4.6 ESTUDO 6	227
4.7 ESTUDO 7	271
4.8 ESTUDO 8	306
CONSIDERAÇÕES FINAIS	333
REFERÊNCIAS	340
APÊNDICE A	352
APÊNDICE B	353
APÊNDICE C	354
APÊNDICE D	355
APÊNDICE E	356
APÊNDICE F	357
ANEXOS	358

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFP – Conselho Federal de Psicologia

COGER – Conselho de Gestores Regionais

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CRP – Conselho Regional de Psicologia

eSF – equipe de Saúde da Família

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ETSUS – Escola Técnica de Saúde do SUS

IDV – Índice de Desempenho Variável

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

US – Unidade de Saúde

RESUMO

O Matriciamento em saúde mental com sua proposta de integração da saúde mental na atenção básica se constitui como uma importante estratégia de articulação e compartilhamento de saberes e práticas para a efetivação dos propósitos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma prática em processo de construção na rede, que necessita ser colocada em constante análise para que se afirme como uma importante estratégia para a Promoção à Saúde e a desinstitucionalização do cuidado, contrariando a lógica capitalista, pautada no individualismo, na competitividade e na segregação social. Sendo assim, objetivou-se nesta tese analisar as concepções sobre o Matriciamento em saúde mental realizado pelos CAPS junto à Atenção Básica em um município do sudeste brasileiro. Para tanto, foram realizadas 41 entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores envolvidos no matriciamento, conversas no cotidiano, participação em reuniões e observação das práticas (110 horas de observação), além do levantamento documental a respeito da história de implantação do Matriciamento em saúde mental neste município. Utilizou-se da abordagem qualitativa e da técnica de Análise de Conteúdo, visando a construção de sentidos e compreensões referentes ao objeto de estudo. Esta tese está organizada em oito estudos em formato de artigos científicos. A partir dos conceitos de Promoção à Saúde e de desinstitucionalização nos debruçamos sobre os dados para identificar os temas, as relações e as contradições pertinentes ao entendimento e ao cotidiano das práticas de Matriciamento. Apesar da visível ampliação do cuidado à saúde mental por vários serviços da rede, em especial pela atenção básica, há ainda muito que se avançar na prática matricial naquilo que consideramos caro à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica: a desmedicalização da vida, a desestigmatização do sofrimento psíquico e a horizontalização das relações. Temos atualmente momentos em que o Matriciamento com sua proposta de interseção de saberes e vivências consegue possibilitar uma ampliação das práticas em saúde e outros em que se mantém uma prática que apenas carrega o nome de matriciamento, mas se sustenta em relações verticalizadas. Seja em um ou outro momento, o que não está sendo sustentado neste município é o encontro produtivo, regular e longitudinal entre todos os atores implicados neste processo de cuidado em saúde.

Palavras-Chave: Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial, Promoção à Saúde, Desinstitucionalização.

ABSTRACT

The mental health matrix support has a proposal of mental health integration with the Primary health care, and constitutes itself as an important knowledge and practices joint strategy for the realization of the purposes of the Health Care Reform and the Psychiatric Reform. It is a practice in construction process on the network that needs to be placed under constant review so that stands as an important strategy for Health Promotion and deinstitutionalization of care, contrary to capitalist logic, based on individualism, competitiveness and social segregation. The objective of this thesis was to analyze the conceptions of Matrix Support in mental health conducted by "CAPS" (Psychosocial Care Centers) with the Primary Care in a municipality in southeastern Brazil. Therefore, we proceed with 41 semi-structured interviews with professionals and managers involved in the support, with conversations in everyday life, participation in meetings and field observation (110 hours observation), in addition to the documentary survey about the deployment history of the Matrix Support in mental health in this municipality. We used a qualitative approach and content analysis technique for the construction of meanings and understandings concerning the subject matter. This thesis is organized in eight studies of scientific articles format. From the theoretical framework of Health Promotion and deinstitutionalization we look back on the data to identify the issues, the relations and contradictions relevant to the understanding and the daily lives of Matrix Support practices. Despite the visible expansion of mental health care also for other network services, especially for primary care, there is still a lot to explore in matrix practice what we consider expensive in Health Care Reform and psychiatric reform: the de-medicalization of life, the de-stigmatization of psychological distress and the horizontalization of relations. We currently have times when the matrix support with its proposal for intersection of knowledge and experiences can enable a broadening of health practices and others that remains a practice that only bears the name of matrix support, but is based on vertically integrated relationships. Whether at one time or another, which is not being sustained in this municipality is productive, regular and longitudinal meeting between all the actors involved in this health care process.

Keywords: Matrix Support, Mental Health, Primary Care, Psychosocial Care Center, Health Promotion, Deinstitutionalization.

1 APRESENTAÇÃO

Esta tese vincula-se à linha de pesquisa intitulada *Psicologia Social e Saúde*, que abrange os processos de intervenção e prática profissional em saúde, os quais têm me despertado interesse desde a formação acadêmica. Na graduação me envolvi com o trabalho em Unidades de Saúde da Família, incluindo a participação em espaços coletivos junto a usuários e profissionais. Pude desfrutar de momentos importantes de trocas entre diversos atores sociais na construção de redes de solidariedade favoráveis à autonomia¹ dos sujeitos.

Esta vivência me fez acreditar no setor público de saúde como opção de vida e trabalho, me levando a inserção no mercado por esta via. Assim, seis meses após graduada, passei a compor o quadro de profissionais do sistema de saúde municipal de Vitória - Espírito Santo (ES), como servidora pública, atuante em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Concomitante à minha inserção no CAPS, impulsionada pelo interesse pela área acadêmica e pela saúde coletiva, mais especificamente pela temática da Promoção à Saúde, iniciei o mestrado no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pela mesma Universidade com

¹ Autonomia é entendida nesta tese como a ampliação da capacidade do sujeito compreender o problema em pauta e agir sobre ele. No mais, vale destacar que corroboramos a ideia de Morin (2003, p.282) de que “[...] a noção de autonomia só pode ser concebida em relação à ideia de dependência, e esse paradoxo fundamental é invisível a todas as visões dissociadoras para as quais há antinomia entre dependência e independência [...]. Toda vida humana autônoma é uma trama de incríveis dependências”.

enfoque nas práticas de promoção à saúde desenvolvidas na atenção básica do município de Vitória.

A ideia foi poder contribuir, como trabalhadora e pesquisadora social ligada à Psicologia e à Saúde Coletiva, para reafirmar o importante papel da Promoção à Saúde na politização do cotidiano, o que significa favorecer a invenção de espaços em que as diferentes formas de se ver o mundo, os sujeitos e a saúde possam ser trocados, dialogados rumo à invenção ininterrupta de si e do mundo.

Meu interesse inicialmente focou-se na atenção básica, acreditando, por tudo que tinha vivenciado na graduação, em sua capacidade de coprodução de sujeitos autônomos, implicados na luta por melhores condições sociais, por mudanças na relação entre Estado e cidadão, serviço de saúde e comunidade, profissionais e usuários, desbancando a ideia hierárquica de que o Estado, os serviços de saúde e os profissionais são os “concessores”, enquanto o cidadão, a comunidade e os usuários são os “beneficiários”.

Apesar do interesse bastante focado na atenção básica, fui trabalhar em um CAPS. Como costumo dizer: “a saúde mental me escolheu”. E em pouco tempo, influenciada principalmente pela militância e empolgação da minha chefe na época, fui me envolvendo neste trabalho e visualizando as interseções imprescindíveis entre atenção básica e saúde mental para a efetivação também do processo de desinstitucionalização.

Vale destacar que tenho tido a sorte em minha vida de encontrar pessoas contagiantes, como também foram as orientadoras que compuseram minha formação pessoal e profissional, com suas energias e implicação com o ser humano, com as propostas do SUS, da atenção básica, da saúde mental e dos CAPS para a produção de vida.

Neste contexto em que vivia a atenção básica por meio do mestrado paralelo a experiência de cuidado em saúde mental no CAPS, foi dado início neste mesmo ano, no município de Vitória, o processo de implantação do Matriciamento pelos CAPS, os quais, até então, realizavam apenas atividades pontuais junto a atenção básica. A partir daí, destacou-se no meu campo de atuação o envolvimento com o trabalho de matriciamento em saúde mental, propício a conciliação dos meus dois interesses profissionais: atenção básica e saúde mental.

Durante oito anos atuei diretamente realizando o Matriciamento junto à atenção básica compondo a equipe do CAPS e atualmente me mantenho vinculada à proposta matricial integrando a equipe da coordenação da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória como responsável pela implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município, os quais trabalham prioritariamente com a lógica do Matriciamento. Vale destacar que quatro equipes NASF começaram ser implantadas no segundo semestre de 2014, sendo, portanto, uma realidade recente para o município.

Diante deste envolvimento com a prática² de matriciamento, surgiram questões que suscitaram em mim a necessidade de estudar a fundo esta temática, tomada então como objeto de estudo do meu doutoramento. Como nos traz Minayo (2006), a escolha de um tema, assim como o conhecimento, não surge ao acaso, espontaneamente. Há que, em primeira instância, ser um problema da vida prática, para assim poder ser intelectualmente um problema.

Contudo, a escolha por estudar o Matriciamento em saúde mental representou também um desafio em conseguir manter certo distanciamento de olhar, tamanho meu envolvimento com o matriciamento, que foi minimizado pelo olhar atento da orientadora e pelo movimento de compartilhamento das análises feitas às críticas dos pares.

O conjunto de estudos que resultou nesta tese objetivou analisar as concepções dos vários atores envolvidos sobre as práticas de Matriciamento em saúde mental, em uma realidade municipal que possui algumas peculiaridades que merecem ser destacadas e estudadas a fundo para que se possa ter dimensão das consequências de tal estruturação para a prática de matriciamento em saúde mental.

Vale destacar que utilizamos nessa tese preferencialmente o termo “matriciamento” e não “apoio matricial”, uma vez que entendemos que a expressão “apoio” está muito associada à ideia de suporte técnico, o que remete

² Práticas são entendidas nessa tese como “ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão” (SPINK et al., 2000, p.38).

a uma hierarquia de saber/poder. Trabalhamos com a perspectiva do matriciamento como uma tecnologia de compartilhamento de saberes e vivências, de educação permanente, de Promoção à Saúde, de qualificação das relações entre profissionais, gestores e usuário, o que necessariamente supõe parceria, “estar junto”, não cabendo qualquer hierarquia ou valoração de um saber a outro.

O município de Vitória – espaço de pesquisa deste trabalho – optou por realizar o Matriciamento em saúde mental a partir dos três CAPS (CAPS II, CAPS álcool e drogas e CAPS infanto-juvenil) que possui as suas 30 Unidades de Saúde. Estes CAPS não se encontram regionalizados, o que significa que são referência para os 330.526 habitantes do município.

Contudo, diferentemente da organização de maior parte do país, o sistema de saúde municipal de Vitória conta na composição das equipes da atenção básica com o psicólogo em 100% de suas Unidades de Saúde (US), de modo que tal profissional figura como referência de saúde mental dentro das US. Além destes profissionais *psi*, a atenção básica neste município conta ainda com assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista e pediatra.

Ainda em relação à estruturação do sistema de saúde do município, atualmente 90% dos servidores da saúde são concursados, o que pode garantir um maior vínculo entre os usuários e os profissionais, favorável a construção de um sistema de qualidade (VITÓRIA, 2012). Um dos obstáculos à efetivação do Matriciamento

citado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2009) se refere justamente a rotatividade dos profissionais, uma vez que se inicia um trabalho com uma determinada equipe e logo depois alguns de seus membros saem da equipe devido ao vencimento de seu contrato de trabalho.

Diante deste contexto, como dito, sentimos a necessidade de conhecer em profundidade o Matriciamento em saúde mental realizado neste município, tendo em vista também a expectativa de que seriam diversas as práticas e os entendimentos a respeito do Matriciamento em saúde mental, uma vez que a grande maioria das equipes das US e dos CAPS tinha sido renovada no mesmo ano da implantação do Matriciamento no município, em decorrência do concurso público realizado em 2006, fato que nos levou a problematizar, também, a respeito da desenvoltura desses profissionais em trabalhar nesta lógica matricial.

Neste sentido, para alcançar o objetivo supramencionado estivemos imersas durante um ano em pesquisa de campo, realizando entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores envolvidos no matriciamento, conversas no cotidiano, participação em reuniões e observação das práticas, além do levantamento documental a respeito da história de implantação do Matriciamento em saúde mental neste município. Isto porque entendemos que seja importante conhecer os caminhos percorridos, as estratégias utilizadas, os avanços e as dificuldades enfrentadas, a importância atribuída ao Matriciamento, as perspectivas e as propostas de continuidade. Consideramos ser relevante registrar e divulgar tais vivências de Matriciamento, sejam elas exitosas ou não,

para que então analisemos o seguimento desta estratégia, propondo mudanças ou reforçando tais práticas.

O projeto que deu origem a esta tese foi efetivado após apreciação favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (ANEXO 1) e da Escola Técnica de Saúde (ETSUS) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) (ANEXO 2) – responsável por autorizar a realização de pesquisa em serviços desta secretaria, além de ser competente para comunicar a realização da pesquisa aos interessados (chefia/serviço), monitorar o desenvolvimento e receber versão final do estudo impresso e digitado.

De posse destas autorizações, iniciamos os contatos com os serviços envolvidos neste estudo – Unidades de Saúde, CAPS e Coordenação Municipal de Saúde Mental – para apresentação da proposta desta pesquisa. Em seguida, foram feitos o levantamento documental, a observação das práticas de matriciamento e a seleção de seis Unidades de Saúde, uma de cada região de saúde do município, para entrevista com os profissionais das equipes de referência, diretores das Unidades e psicólogos destes serviços. Utilizamos como critério de escolha aquelas US com as quais mantínhamos menor contato no dia a dia de trabalho, já que a autora desta tese é servidora pública deste município.

A proposta de eleger seis US do município se deveu ao fato de entendermos não ser possível, devido à quantidade de US existentes e ao tempo disponível para conclusão da tese, estar em todas elas para aplicação dos roteiros

semiestruturados. Desta forma, elegemos uma US de cada uma das seis regiões de saúde do município, partindo do pressuposto de que as práticas podem variar de acordo com a região onde acontecem, tendo em vista as diferenças socioeconômicas, as diversidades de vida, equipamentos sociais, acesso à educação, transporte, moradia, alimentação, segurança, dentre outras condições imprescindíveis à Promoção à Saúde de uma população.

A partir daí, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os diretores das seis US selecionadas, com seis psicólogos da atenção básica e com um profissional da equipe de referência de cada uma destas Unidades, totalizando dezoito entrevistas, orientadas por roteiros específicos (APÊNDICE A e B). Paralelamente, de posse de roteiro semiestruturado (APÊNDICE A e C), iniciamos as entrevistas com os diretores e profissionais matriciadores dos três CAPS às seis regiões de saúde. Foram entrevistados o diretor de cada CAPS e um profissional matriciador de cada CAPS para cada região de saúde, totalizando vinte e uma entrevistas. Por fim, a partir de um roteiro específico (APÊNDICE D) foram entrevistados o coordenador da área técnica de saúde mental da época da implantação do matriciamento no município e o atual coordenador da área técnica de saúde mental do município.

Ao todo participaram desta pesquisa três profissionais de cada uma das seis US selecionadas, seis matriciadores de cada CAPS, três diretores de CAPS, o atual coordenador da área técnica de saúde mental do município e o coordenador da

área técnica de saúde mental da época da implantação do matriciamento no município, totalizando 41 participantes.

Paralelamente à realização das entrevistas, durante seis meses (110 horas) estivemos semanalmente participando de momentos de encontros entre equipe de referência e equipes matriciais em Unidades de Saúde de regiões diferentes, que não necessariamente coincidiam com as Unidades de Saúde onde realizamos as entrevistas. A partir de informações dos matriciadores a respeito de agendamento de algum encontro matricial, após consentimento dos envolvidos, participávamos como pesquisador utilizando-se de roteiro próprio (APÊNDICE E) com questões referentes ao modo como os atores presentes se relacionavam e como o matriciamento acontecia em ato. As informações, impressões e percepções possíveis ao pesquisador neste momento foram registradas em diário de campo.

Vale destacar que tanto as entrevistas quanto as observações foram realizadas após consentimento dos participantes com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE F).

A presente pesquisa se utilizou da abordagem qualitativa e da técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1988), visando a construção de sentidos e compreensões referentes ao objeto de estudo.

Para tanto, a partir dos conceitos de Promoção à Saúde e de desinstitucionalização utilizados nesta tese, nos debruçamos sobre os dados na tentativa de identificar os temas, as relações e as contradições pertinentes ao entendimento e ao cotidiano das práticas de Matriciamento.

Nesta análise interessou-nos também as relações entre os profissionais envolvidos no Matriciamento, por entendermos que é por meio das relações que as práticas se efetivam e os sujeitos, o mundo e a saúde se constituem. Acreditamos nas relações que primam pelo compartilhamento dos vários e distintos saberes e vivências, com a perspectiva de que assim se produzam sujeitos mais participativos nas discussões e ações que dizem de suas vidas; sujeitos que, ao recusarem as totalizações e hierarquizações, sejam capazes de inventar outros modos de fazer saúde, mais resolutivos e de maior qualidade.

A intenção também é que as fronteiras disciplinares se tornem mais flexíveis, uma vez que sua rigidez, além de implicações práticas – como, por exemplo, a fragmentação do cuidado – tem sérias consequências para a produção do conhecimento, que se mantém fechado em guetos, dificultando sobremaneira a consolidação de práticas em saúde, que escapem a sujeição e vitimização dos sujeitos e afirmem a possibilidade de sujeitos mais autônomos e participativos em relação às questões da coletividade. Neste contexto, a psicologia, que indispensavelmente compõe o Matriciamento em saúde mental, pode contribuir imensamente para o compartilhamento desejado e assim redefinir as práticas em

saúde, na humanização dos serviços e integralidade da atenção (SPINK, 2003; SPINK, 2007).

Com isto pretendemos ampliar o arsenal teórico que trabalha com o tema; identificar caminhos teóricos e metodológicos que possam auxiliar as práticas de Matriciamento; contribuir, por meio da análise proposta, para a desconstrução de modos de fazer estereotipados – tão comuns no lidar com a pessoa em sofrimento psíquico; possibilitar a construção de outros modos de produção de saúde, de outras relações, que apostem na autonomia dos sujeitos, na desinstitucionalização e nas propostas de Promoção à Saúde.

Vale destacar que apesar da utilização nessa pesquisa da identificação “pessoa em sofrimento psíquico” não consideramos em absoluto que esse sujeito seja perpassado unicamente pelo sofrimento, ele é atravessado por muita vida, lutas, conquistas, enfim são pessoas. Tal destaque “pessoa em sofrimento psíquico”, ao invés da identificação apenas como “pessoa”, assim como a separação dos termos “saúde” e “saúde mental”, comparece desta forma apenas por uma questão didática, a fim de nos fazer entender, já que ainda está muito arraigada a utilização destes termos no campo da saúde. Todavia queremos deixar claro aos leitores que se trata apenas de uma marcação didática, apesar de continuarmos utilizando o termo “saúde mental” e “pessoa em sofrimento psíquico”, estamos tratando do mental presente no processo saúde-doença e dos sujeitos como viventes de realidades diversas, inventores e protagonistas de suas próprias vidas.

Deste percurso resultou essa tese, que se apresenta organizada em oito estudos, em formato de artigos científicos, expostos da seguinte forma:

O Estudo 1 refere-se a uma revisão bibliográfica, cujo objetivo foi conhecer o que já foi produzido sobre matriciamento em saúde mental, bem como os métodos utilizados para se chegar às discussões suscitadas pelo tema em questão. Este estudo já está publicado na *Revista Ciência e Saúde Coletiva* (v.19, n.9, p. 3791-3798, 2014).

O Estudo 2, por sua vez, aceito para composição de livro sobre processos formativos em saúde, traz uma revisão teórica a respeito do Matriciamento para discussão de suas possibilidades de formação em serviço, bem como as possíveis organizações desta estratégia matricial no cotidiano das práticas em saúde.

O Estudo 3, aceito para publicação no *Journal of Health Psychology*, teve como objetivo apresentar e discutir a história do Matriciamento em saúde mental do município de Vitória - ES.

O Estudo 4, em fase de avaliação pela *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, objetivou investigar as concepções do psicólogo da atenção básica sobre o Matriciamento em saúde mental e as conseqüentes repercussões de tais entendimentos para sua prática neste nível de atenção.

O Estudo 5, o qual pretendemos submeter a avaliação da Revista Saúde em Debate, analisou a concepção da gestão sobre o Matriciamento em saúde mental efetivada no município em questão.

O Estudo 6, o qual pretendemos submeter a avaliação do Cadernos de Saúde Pública, traz a discussão do matriciamento em saúde mental a partir do olhar dos profissionais dos CAPS que trabalham cotidianamente com esta proposta.

O Estudo 7, que trata das concepções das equipes de referência sobre o Matriciamento em saúde mental, submeteremos à avaliação da Revista Saúde e Sociedade.

O Estudo 8, o qual pretendemos submeter à avaliação da Revista Ciência e Saúde Coletiva, traz a discussão do Matriciamento em saúde mental a partir de uma análise comparativa das similaridades e diferenças relativas às práticas e concepções trazidas pelas equipes de referência, equipes matriciais e gestores a respeito da temática.

Seguimos nesta tese com as considerações finais, referências bibliográficas, apêndices e anexos. Vale destacar que as referências apresentadas ao final desta tese correspondem àquelas citadas na parte introdutória e nas considerações finais deste trabalho, uma vez que as referências trazidas nos estudos já estão especificadas em cada um deles.

2 INTRODUÇÃO

Na história recente do Brasil existiram dois movimentos, ocorridos no mesmo momento histórico, de grande importância para o setor saúde como um todo: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. O primeiro deles tinha como bandeira de luta a garantia da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, enquanto a Reforma Psiquiátrica busca prioritariamente a mudança no modo de lidar com a pessoa em sofrimento psíquico.

Estes dois movimentos, apesar de terem ocorrido de modo independente guardam muitas similaridades de luta pela ruptura do modelo curativista e biologizante para uma perspectiva de garantias de direito e cuidado por toda a população, independente da situação problema apresentada.

Vale destacar que entendemos por cuidado a atenção à saúde interessada no sentido existencial do processo saúde-doença e das práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (AYRES, 2004). Em outras palavras o cuidado é tratado nesta tese como a atitude terapêutica que se preocupa em “descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer” (MATTOS, 2008, p.347). Desta forma, corroboramos com Ayres (2009) que o cuidado acontece se, e sempre que os trabalhadores da saúde, incluindo gestores e formuladores de políticas, se questionam sobre “como e quanto assumem responsabilidades na busca dos projetos de felicidade daqueles

de cuja saúde cuida, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são participantes desses compromissos” (p.138).

Neste contexto, iniciou-se um processo de construção de estratégias de trabalho para fazer valer tais mudanças de paradigmas requisitadas por estes movimentos. Damos destaque nesta tese a estratégia do Matriciamento em saúde mental, que objetiva também a conexão destas duas bandeiras de luta ao propor a integração da atenção à saúde mental também no espaço da atenção básica.

A Reforma Sanitária em sua intenção de efetivação da integralidade da atenção e das demais diretrizes trazidas pelo Sistema Único de Saúde tem aberto caminho de luta pela atual tentativa de inserção em definitivo, por meio do Matriciamento, da saúde mental na agenda da atenção básica, a qual assumiu um importante papel de orientação para a Promoção à Saúde. Enquanto que a ruptura, cotidianamente proporcionada pela Reforma Psiquiátrica, da tutela asilar fez clarear a necessidade de transformação da realidade pela desinstitucionalização, sustentando o matriciamento em saúde mental em sua intenção de invenção de novas respostas à complexidade e à multidimensionalidade das necessidades destas pessoas que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico.

Assim, o Matriciamento constitui-se como uma importante estratégia de articulação de saberes para a construção contínua de conhecimentos outros que possam assegurar uma visão ampliada dos sujeitos – que não separa a saúde da saúde mental – de modo que eles passem a ser cuidados integralmente. Nesta

proposta de trocas de experiências se inscreve também o complexo processo de desconstrução de saberes, instituições, valores e cultura, antes tidos como inquestionáveis, como, por exemplo, a ideia de que o tratamento para a pessoa em sofrimento psíquico é apenas o medicamento e em caso de crise a internação psiquiátrica. Certamente, toda esta proposta de construção e desconstrução de saberes e práticas favorecem o processo de Desinstitucionalização do cuidado, que diz, justamente, de uma transformação de mentalidade e, conseqüentemente, de mudanças culturais, políticas, sociais e éticas no modo de lidar com a existência-sofrimento-psíquico.

Desta forma, pode-se afirmar que os aspectos culturais, políticos e sociais devem, necessariamente, ser considerados no cuidado à saúde mental, uma vez que estão intrinsecamente relacionados ao processo saúde-doença. Ao considerar tais aspectos trabalha-se pela Promoção à Saúde que requisita, fundamentalmente, para sua efetivação, a articulação entre os diversos setores, serviços, profissionais e usuários que trazem visões complementares, que uma vez compartilhadas têm força para a construção de uma atenção integral.

Assim, defendemos que o Matriciamento possa afirmar sua importância para a desinstitucionalização do cuidado e para a Promoção à Saúde, já que traz em sua proposta a função de articulador de rede. Em outras palavras, o Matriciamento – uma vez pautado na perspectiva de uma saúde ampliada, que considera as condições de vida em geral como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença – deve envolver todos os setores, serviços e atores necessários na

proposição de melhorias nas condições de vida indispensáveis para a efetivação da Promoção à Saúde e desinstitucionalização.

Neste sentido, em diálogo com as proposições da Promoção à Saúde e da Desinstitucionalização do cuidado pretendemos analisar as concepções sobre as práticas de Matriciamento em saúde mental realizadas no município de Vitória – ES; certos de que, uma vez respaldados nestes conceitos – Promoção à Saúde e Desinstitucionalização – o matriciamento tem possibilidade de agenciar mudanças nas práticas tradicionais da saúde e, assim, não incorrer no erro de se tornar mais um modo cristalizado de trabalho em saúde.

Entendemos que o Matriciamento não esgota em si todas as possibilidades de superação do modelo tradicional de atenção à saúde, mas acreditamos seriamente nesta proposta como propiciadora – juntamente com outras estratégias – de mudanças na realidade por meio da criação de novos diálogos com a complexidade da existência-sofrimento e da articulação de novas parcerias, para a Promoção à Saúde e a Desinstitucionalização do cuidado.

Vale destacar que se trata de uma prática que se encontra em processo de construção na rede e que contraria a lógica capitalista, pautada no individualismo, na competitividade e na segregação social. Assim, é necessário que se coloque tal prática em constante análise a fim de não reproduzir a lógica que se quer superar e, ao contrário, se afirme o Matriciamento como importante estratégia de compartilhamento de saberes, práticas e vivências para a ação integral.

Mas afinal, como estamos operando em nome do matriciamento? Estamos reproduzindo a lógica da prescrição de condutas às equipes da atenção básica? Ou estamos trabalhando pela troca de saberes para a construção de ações coerentes com a necessidade e com a realidade local? Estamos reforçando o lugar do especialista em saúde mental como provedor de todo saber? Ou estamos cotidianamente requisitando todos para a construção de um sistema efetivo e eficaz? Que condições coletivas reais estão disponíveis para que as pessoas possam participar tanto da elaboração, quanto, sobretudo, da execução da proposta de ação trazida pelo matriciamento? Estamos conseguindo trabalhar por uma rede efetivamente articulada necessária a Promoção à Saúde? Ou continuamos restritos aos mesmos profissionais e ao setor saúde na tentativa de evitar doença?

A partir destas problematizações trazemos em seguida alguns conceitos que circundam a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica e dão sustentação ao Matriciamento em saúde mental. Discorreremos também sobre a necessidade de articulação desses dois campos para, por fim, discutirmos propriamente os conceitos: Promoção à Saúde e Desinstitucionalização.

2.1 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO

2.1.1 Da reforma sanitária

Na história recente da estruturação da saúde pública brasileira, até a Constituição de 1988, o acesso ao sistema de saúde se restringia às pessoas que tinham carteira de trabalho assinada e/ou contribuía com a Previdência Social. Predominava o modelo biologizante, de modo que as ações em saúde eram caracteristicamente autoritárias e curativistas (LIMA et. al., 2005; CARVALHO, 2001; LUZ, 1991).

Isto significava que o médico era tido como autoridade maior para intervir nos corpos biologicamente enfermos com vistas à cura do indivíduo. Com isto as questões psíquicas, sociais, políticas, econômicas e culturais não eram consideradas relevantes para se pensar o processo saúde-doença, tampouco os outros saberes e o próprio sujeito em sofrimento – que em tese nada sabiam sobre aquele corpo adoecido – participavam da construção do cuidado em saúde. As intervenções estavam desvinculadas da realidade sanitária da população, o que motivou a mobilização de movimentos sociais por mudanças, incluindo a luta pelo direito à saúde para toda a população brasileira.

Essa luta foi liderada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que ganhou força diante do contexto de redemocratização do país. Assim, foi possível a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que lançou os princípios da reforma a serem utilizados pelo governo, dois anos mais tarde, para compor os artigos da nova Constituição sobre a saúde.

Como resultado, de acordo com o artigo 196 da Constituição, a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado, tendo sido tomada em seu conceito mais amplo, que traz as condições sociais, políticas e econômicas como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Desta forma, o governo se responsabilizou pelo acesso igualitário e universal de toda a população às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Isto exigiu, em tese, o desenvolvimento econômico, social, político e cultural do país, a fim de garantir à população condições de vida favoráveis à saúde.

Diante de tal responsabilidade, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), também proposto na 8ª Conferência, que afirmou a importância da integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade e participação social para a co-construção de uma rede favorável à Promoção à Saúde.

Neste contexto, seguindo uma tendência internacional, optou-se, pela atenção básica como estratégia de organização deste sistema de saúde, o primeiro nível de atenção à saúde, a porta de entrada do sistema. Desta forma, a atenção

básica se afirmou como favorável à Promoção à Saúde por estar mais próxima aos usuários, o que favorece o conhecimento das necessidades e a luta contínua e compartilhada pelas condições favoráveis à saúde; isso além de apresentar-se como uma importante estratégia para a garantia do acesso, a efetividade da integralidade e equidade do cuidado e a participação social.

Com isto, a atenção básica assumiu a responsabilidade pelo cuidado pessoal e coletivo da população adscrita em seu território, tomando a família e o espaço social como campo de abordagem para o alcance da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

A atenção deveria se voltar, então, ao sujeito (não à doença), incluindo todas as situações, exceto as muito incomuns ou raras, quando, então, o cuidado prestado pela atenção básica deveria ser compartilhado com outros níveis de complexidade. Contudo, independente do atendimento do usuário ser em outro serviço do sistema, a atenção básica deve sempre integrar a atenção a este sujeito, a fim de garantir a continuidade do cuidado em saúde e o vínculo equipe-usuário, favorecendo a construção de compromisso e corresponsabilidade com as questões em saúde abordadas e com a transformação social necessária (STARFIELD, 2002).

Isto significa que as equipes devem conhecer bem os membros das famílias de seu território em suas questões de saúde, de modo a reconhecer a família como

espaço singular e, assim, construir junto a elas projetos terapêuticos adequados a sua realidade. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde apreendam as características e necessidades específicas da população em que estas famílias estão inseridas, como, por exemplo, suas peculiaridades culturais, diferenças étnicas, raciais, econômicas, estruturais etc. Isto tudo por entender que as necessidades trazidas por estas famílias têm relação direta com o contexto mais amplo ao qual elas pertencem e que, portanto, requerem intervenções próprias, integrais e intersetoriais (STARFIELD, 2002).

Dito isto, podemos afirmar que se trata de um trabalho complexo, o qual não se efetiva de modo isolado. As equipes, mesmo interdisciplinares, precisam se articular a outros atores sociais, setores da sociedade e níveis de atenção à saúde. Há que se considerar que existem situações e problemas ligados diretamente à vida e à saúde das pessoas que transcendem as especificidades do setor saúde e/ou deste nível de atenção, necessitando a mobilização de recursos políticos, humanos, financeiros, intersetoriais para sua resolução.

2.1.2 Da reforma psiquiátrica

Paralelamente à Reforma Sanitária, ocorreu no Brasil a Reforma Psiquiátrica, facilitada também pelo contexto de redemocratização do país e influenciada, principalmente, pela experiência italiana, a qual lançou uma das mais importantes propostas dentro do campo da saúde mental: a Desinstitucionalização, que diz da

mudança cultural, política, social, ideológica e ética no modo de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 1998).

Em vários países do mundo se propagavam movimentos de problematização do modo de lidar com a experiência da loucura, na direção de propor outras formas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. O contexto era de afirmação dos direitos civis e políticos da população como um todo, de modo que o asilamento, a exclusão e os maus tratos passaram a ser rejeitados, criando uma atmosfera favorável à mudança do modelo de saúde mental, até então pautado na ideia de que as pessoas em sofrimento psíquico deveriam ser isoladas do convívio social por representarem uma ameaça aos demais membros da sociedade.

Todos aqueles que tinham sua capacidade produtiva prejudicada por qualquer razão e/ou não se enquadravam nos padrões e normas estabelecidas eram excluídos e desqualificados, o que abarcou as pessoas em sofrimento psíquico, que tiveram, por muito tempo, seu espaço de circulação limitado ao hospital psiquiátrico (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009; Fórum Social por uma sociedade sem manicômios, 2008).

Neste contexto, o modelo de atenção em saúde mental estava focado no saber biomédico e na ideia do hospital como único local de tratamento para estas pessoas em sofrimento psíquico. Fazia-se necessário, portanto, na perspectiva de uma reforma psiquiátrica, a criação de outros espaços de cuidado destas pessoas, incluindo diversos atores e setores para a transformação desejada.

A intenção era uma ruptura definitiva com a tutela asilar, para tanto era imprescindível a mobilização e o envolvimento de várias pessoas, de linguagens diversas, de intervenções inovadoras; requeria ainda o trabalho com conflitos de toda ordem, a produção de políticas e possibilidades; além da desconstrução dos manicômios mentais (PELBART, 1990), que insistem em hierarquizar as relações entre os ditos normais e os loucos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira comparece, então, justamente como um processo de luta pela construção contínua de reflexão e transformação nos campos assistencial, cultural e conceitual, com vistas à mudança das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico, baseadas, grande parte das vezes, no estigma, na segregação e na desqualificação desses sujeitos (AMARANTE, 1997).

O foco nas relações tem a ver com o fato de se entender que é por meio delas que os sujeitos, cotidianamente, se constroem e se afirmam. A redefinição das relações apregoada pela Reforma Psiquiátrica tem a intenção de acontecer por meio da desmontagem político-social desse lugar da diferença como inferior e da existência de um papel social próprio destinado a estas pessoas em sofrimento psíquico. Assim, poder afirmar que a transformação requerida pela Reforma passa pela crítica a estes lugares que se quer produzir de um paciente, demente, fraco, alienado, tutelado e dependente; para então possibilitar a afirmação dessas pessoas como sujeitos políticos, de direito, que tem a contribuir com o seu saber

para a construção de seu tratamento, da instituição e do campo social e político o qual pertence (TORRE; AMARANTE, 2001).

Trata-se de um desafio da atualidade interpelar sempre os manicômios invisíveis que estão presentes, muitas vezes, em nós, nas práticas sociais, no dia-a-dia, nos modos de funcionamento do pensar, os quais perseguem as pessoas em sofrimento psíquico por meio de um olhar tolerante que os aprisionam na identidade de doentes mentais, necessitados de ajuda permanente; ou por meio de um olhar indiferente, que o ignora na tentativa de neutralizar toda a diferença que não acompanhe o ritmo acelerado da atualidade. Neste caso, seja o olhar tolerante ou indiferente, a pessoa em sofrimento psíquico não é vista como um sujeito singular, que possui sua maneira própria de habitar e relacionar-se com o mundo, com seus afetos e sua história (BAPTISTA, 1999; ROMANHOLI, 2004).

Dimenstein et al. (2009, p.72) reafirma que romper com a cultura manicomial exige mudanças na política de subjetivação vigente, que exclui as diferenças; “nos modos de gestão autoritários, pouco participativos e desconectados de uma perspectiva crítica e política de trabalho; nos especialismos que produzem práticas empobrecidas e pouco potentes em produzir efeitos desinstitucionalizantes nas vidas de usuários, familiares e dos próprios técnicos (...)”.

Neste sentido, reforçamos a ideia da necessidade de transformação da dureza das relações humanas, tendo em vista, também, que é por meio delas, da

exploração e competição no trabalho, do desemprego, das más condições de vida, da falta de um teto para morar e de trabalho, da falta de lazer e de prazer, que o sofrimento psíquico se estrutura.

Certamente, a concessão de direitos e o fechamento dos hospitais psiquiátricos têm sua importância; contudo não se apresenta como suficiente se a sociedade – incluindo todos nós – continuar restringindo o espaço destas pessoas aos serviços de saúde e/ou ainda se nestes serviços se mantiver uma atenção indiretamente e sutilmente regida pela lógica manicomial. Há que se fazer a revolução do dia-a-dia, não somente fora dos serviços, mas também dentro destas instituições que mantêm uma cultura asilar, mesmo que velada.

A intenção é que haja uma mudança na forma de olhar, escutar e cuidar do sofrimento psíquico, para isto, vários autores têm apontado a necessidade de se intervir na sociedade, sob a justificativa de que é neste espaço que se originam os mecanismos de estigmatização e de exclusão das diferenças, assim como é “na” e não “ao lado” da comunidade que o processo de transformação acontece (BASAGLIA, 1985; SOUZA, 2004; DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

2.1.3 Reforma sanitária e reforma psiquiátrica: interfaces

Por meio da Reforma Sanitária foi possível assegurar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Em paralelo a este movimento, a Reforma Psiquiátrica lutava pela conquista de outros espaços de cuidado para a pessoa

em sofrimento psíquico, já que nega o hospital psiquiátrico como estratégia prioritária de cuidado e busca afirmar o lugar desta pessoa como sujeito de direito. Sendo assim, faz todo o sentido articular estes dois movimentos para que a integralidade do cuidado possa vir a se efetivar no cotidiano das práticas.

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira aconteceram no mesmo momento histórico, contudo correram em paralelo, sem uma integração dos movimentos, apesar das inúmeras afinidades de suas propostas.

Assemelhanças já se apresentam na própria motivação dos dois movimentos, ambos impulsionados pelo repúdio àquele modelo biologizante, pautado em ações curativistas e autoritárias, que excluí os usuários das decisões a respeito de sua vida e sua saúde. Tratava-se de um contexto de exclusão, seja da população que não tinha uma carteira de trabalho assinada e recursos para pagar a Previdência Social, seja da pessoa em sofrimento psíquico considerada incapaz de qualquer contribuição social.

Neste sentido, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica iniciaram, paralelamente, uma luta pela universalidade do acesso das pessoas a uma saúde de qualidade, efetiva e eficaz. Para tanto, destacaram como referência práticas intersetoriais e interdisciplinares, pautadas, sobretudo, na valorização da família, da coletividade e dos sujeitos como imprescindíveis nas negociações cotidianas pela promoção de sua saúde. Assim, estes movimentos apregoaram uma mudança de paradigma no que diz respeito à concepção de saúde, que passou

da centralização na doença para o foco no sujeito com suas múltiplas questões e complexidade (MUNARI et al., 2008; SOUZA, 2004).

Isto remete a uma acepção ampliada de saúde, relacionada, necessariamente, às questões sociais, políticas e econômicas como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, que convoca os sujeitos a co-laborarem pela melhoria dessas condições de vida.

Assim, ambos os movimentos investem na transformação cultural da sociedade no que diz respeito, por exemplo, ao seu modo de entender e demandar saúde, que passa a direcionar-se também a outros setores da sociedade, valorizar os recursos de cuidado da comunidade, possibilitar emergir os sentimentos e sofrimentos da pessoa assistida, modificar relações verticais para relações horizontais, trabalhar pela autonomia e coparticipação dos sujeitos para a Promoção à Saúde, estimar a troca de saberes e práticas para a criação de novas tecnologias de cuidado baseadas no potencial inventivo da equipe de saúde, de cada usuário e da própria comunidade e transformar os serviços de saúde em espaços de sociabilidade, de garantia de direito à cidadania, de acolhimento e vínculo para uma atenção integral (BRÊDA; ROSA; PEREIRA; SCATENA, 2005).

Contudo, apesar de tais semelhanças, a proposta de produção de saúde trazida pela Reforma Sanitária e a proposta da saúde mental apresentada pela Reforma Psiquiátrica seguiram como instâncias independentes, enquanto que a Reforma Sanitária deveria ter abarcado a Reforma Psiquiátrica, uma vez que sua meta é

prioritariamente a atenção integral à saúde. Todavia, ao contrário, a saúde mental foi vista como uma atenção especializada, não sendo incluída como eixo prioritário de ação na atenção básica, anunciada como estratégica para a consolidação do SUS.

Neste contexto, as ambiguidades presentes nas políticas públicas que preconizam as diretrizes da atenção básica e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) retardaram ainda mais a articulação destas duas políticas, com suas propostas que se interdependem e interpotenciam. Há uma incoerência quando a Política Nacional de Atenção Básica elege as equipes das Unidades de Saúde como referência e responsáveis por organizar toda a rede de atenção à saúde, sendo este serviço a porta de entrada do sistema, enquanto a legislação de saúde mental, por sua vez, define os CAPS como porta de entrada e organizador da rede de cuidados em saúde mental no território. Ou seja, são dois serviços diferentes com o mesmo papel, o que evidencia a divergência entre saúde e saúde mental, como se esta última formasse um sistema à parte (SAMPAIO; BARROSO, 2001; GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Faz-se presente ainda, nesta desarticulação da atenção básica em relação ao cuidado em saúde mental, a dicotomia entre mente e corpo, já superada na discussão teórica da integralidade da assistência à saúde, contudo fortemente presente na prática das equipes de Unidades de Saúde e de CAPS, o que resulta na predominância de um cuidado ainda compartimentalizado (LUCCHESI et al., 2009; BÖING; CREPALDI, 2010).

Para além do prejuízo causado em relação à efetividade da integralidade, essa separação entre saúde e saúde mental dificultou, consideravelmente, a concretização dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde como um todo. Ou seja, a desarticulação entre a atenção básica e a saúde mental se apresentou como empecilho a concretização da universalidade do acesso de toda a população aos serviços de saúde, a efetividade da integralidade do cuidado e a equidade da assistência. Assim os objetivos de Promoção à Saúde e prevenção de doenças também foram prejudicados, já que necessitam da inclusão de todos os sujeitos para sua concretização (MINAYO et. al, 1994).

Böing e Crepaldi (2010) destacam que esse distanciamento entre a atenção básica e as ações de saúde mental, pode criar também o aumento de uma demanda reprimida, já que o espaço das Unidades de Saúde passa a priorizar o cuidado às questões ditas do corpo, em detrimento dos aspectos subjetivos e sociais que acompanham qualquer situação de saúde.

Desta forma, podemos afirmar que a não conexão destes movimentos pode resultar na não efetividade de ambos, uma vez que para a Reforma Sanitária ter o seu princípio da integralidade atendido necessita da inclusão do cuidado à saúde mental em suas práticas. A Reforma Psiquiátrica, igualmente, requisita a inserção da pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direito, que como qualquer indivíduo deve ter seu acesso assegurado em todos os níveis de atenção, inclusive e principalmente na atenção básica.

Nesta perspectiva de conexão dos campos da atenção básica e saúde mental, no plano internacional, organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas se reuniram em Caracas, Venezuela, também com o apoio da Organização Mundial de Saúde, para pensar a reestruturação da atenção psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde, o que resultou na Declaração de Caracas (1990), a qual defende a permanência da pessoa em sofrimento psíquico no seu território de origem, de modo que seja cuidada por serviços substitutivos descentralizados e territorializados integrados à rede de cuidado como um todo, vinculando, portanto, atenção básica e saúde mental (OMS/OPAS, 1990; GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Com isto, a defesa da imprescindibilidade de articulação da atenção básica e a saúde mental ganharam força, até mesmo porque os dados epidemiológicos também se apresentavam com tal magnitude que ficou impossível qualquer argumento que negasse tal necessidade. A demanda de cuidados em saúde mental na atenção básica chegava a um terço da demanda total, podendo ultrapassar os 50% se considerado o sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos (FORTES, 2004).

Neste contexto o Matriciamento em saúde mental com sua proposta de integração da saúde mental na atenção básica, se apresentou como uma importante estratégia para fazer valer a conexão necessária à efetivação dos propósitos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. A partir do Matriciamento em saúde

mental é possível a construção de um trabalho conjunto entre Unidade de Saúde e CAPS, por exemplo, a fim de enriquecer as práticas em saúde de modo geral, desmistificar preconceitos, reduzir desigualdades, garantir o direito humano, aproximar e modificar territórios, com vistas à Promoção à Saúde e à Desinstitucionalização do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

A proposta do Matriciamento em saúde mental envolve o desenvolvimento conjunto – equipes da atenção básica e equipes de saúde mental – de projetos terapêuticos voltados à busca de autonomias possíveis e a ampliação da resolutividade no território, a fim de evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário e/ou ainda evitar aqueles encaminhamentos ao especialista desnecessários que fazem as pessoas irem de um serviço a outro sem que necessariamente haja uma proposta efetiva de cuidado a sua questão de saúde-doença (TENÓRIO, 2002; ROMANHOLI, 2004).

Neste contexto matricial cabe à equipe de saúde mental também o papel de contribuir com os seus saberes e vivências para ampliar a capacidade resolutiva das equipes da atenção básica, com vistas a um cuidado integral.

Certamente existem momentos em que algumas pessoas vão demandar a assistência de um núcleo especializado, mas já se tem pesquisas em relação à saúde mental na atenção básica que mostram que a capacidade, por exemplo, de um médico generalista compreender e cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico depende mais do seu estilo de comunicação do que de seu

conhecimento propriamente dito em psiquiatria (CHIAVERINI, 2011). Sendo assim, as equipes de saúde mental podem contribuir imensamente com as equipes da atenção básica por meio do Matriciamento, para o desenvolvimento de uma escuta qualificada no que diz respeito aos aspectos subjetivos e sociais implicados no processo saúde-doença, além de auxiliar no incremento do trabalho em equipe, articulado à rede de cuidado.

Vale destacar que nesta relação de parceria trazida pelo Matriciamento todos se beneficiam. Não se trata apenas da contribuição da saúde mental para com a atenção básica; igualmente a saúde mental se favorece dos saberes e vivência daqueles profissionais da atenção básica que lidam diariamente com a diversidade da vida onde ela acontece.

Neste contexto de discussão pode se afirmar que é a atenção básica que deve ocupar, efetivamente, a posição de porta de entrada do sistema e organizadora da rede de atenção, abarcando a saúde mental nas suas ações para o cuidado integral em saúde. Cabe a ela também organizar o acesso aos demais níveis de atenção, quando necessário, a fim de não perder de vista a sua função de continuidade do cuidado, ou seja, mesmo que o usuário seja atendido em outro serviço, ele volta ao território onde habita e continua tendo como referência a sua Unidade de Saúde. Assim, dentro da proposta do matriciamento em saúde mental as equipes da atenção básica têm figurado principalmente como “equipes de referência” à atenção em saúde mental, quem irá acompanhar a situação de saúde do usuário ao longo do tempo.

Ao profissional do CAPS, por sua vez, cabe também a função de matriciador³, o que remete a uma atuação na perspectiva de descentralização do cuidado destes sujeitos em sofrimento psíquico, levando-o para mais próximo dos usuários.

A atenção básica tem a responsabilidade pelo cuidado a toda a população adscrita em seu território, não importando sua classe, raça ou problema de saúde vivenciado. E neste contexto, o matriciamento em saúde mental se afirma como possibilidade de fazer valer efetivamente a inclusão do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico também neste nível de atenção. É importante não perder de vista que antes de um quadro psicopatológico, as pessoas em sofrimento psíquico são cidadãos. Está na lei: “saúde é direito de **todos** e dever do Estado” (grifo nosso), o que significa acesso igualitário e universal de toda a população – independente da questão de saúde apresentada – às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; LANCETTI, 2001).

Vale destacar que já na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que lançou os princípios do SUS, a atenção básica foi indicada como responsável por cuidar de 80% das necessidades de saúde da população, o que incluía também a saúde mental (BRASIL, 2002).

Neste sentido, no campo da saúde mental, a atenção básica, imersa no território, juntamente com os CAPS, tem o importante compromisso de reinserção social

³ Vale destacar que os matriciadores dos CAPS, no caso do município em questão, não recebem qualquer acréscimo remuneratório por exercer tal função matricial.

das pessoas em sofrimento psíquico, fazendo valer a Lei 10.216/2001 que prevê o direito desses usuários serem cuidados junto a sua comunidade e a sua família. Todavia, as equipes da atenção básica, frequentemente, expressam dificuldades em relação ao cuidado a estas pessoas em sofrimento psíquico, relegando tais práticas a segundo plano e/ou, no caso de ter um profissional *psi* atuando na Unidade de Saúde em questão, direcionando-as a este profissional, como sendo ele o responsável exclusivo por atender aquela demanda. Neste contexto, faz-se presente ainda a ideia de que “remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 103).

Em decorrência disto e da necessidade de que efetivamente se reverta àquele modelo biologizante, curativistas e autoritário, repudiado pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, há que se investir na formação de todos os profissionais para a construção de novas práticas psicossociais. Contudo, não basta uma formação pontual e pouco abrangente, faz-se importante a formação em saúde mental continuada e em serviço, possível de ser proporcionada também pelo Matriciamento, que objetiva, justamente, a troca de saberes, favorável a invenção constante de práticas para a Desinstitucionalização e a Promoção à Saúde.

2.2 PROMOÇÃO À SAÚDE E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO

Toda esta tese perpassa pelo conceito de Promoção à Saúde (BUSS, 2000; BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; CARVALHO, 2004A; CARVALHO, 2004b; IGLESIAS, GUERRA, SOARES; DALBELLO-ARAUJO, 2009a; IGLESIAS, 2009b; IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011a; IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011b; IGLESIAS, ANDRADE, PEIXOTO-PINTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012) e de Desinstitucionalização (ROTELLI, 1990; AMARANTE, 1994; ROTELLI, DE LEONARDIS; MAURI, 2001; NICÁCIO, 2003; NICÁCIO; CAMPOS, 2004; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; HONORATO; PINHEIRO, 2008; AMORIM; DIMENSTEIN, 2009), Deste modo, para a melhor compreensão do sentido deste texto, trazemos neste tópico algumas discussões sobre estas temáticas articuladas à proposta do Matriciamento em saúde mental.

O conceito de Promoção à Saúde utilizado nesta tese é aquele que diz da Promoção como dispositivo de transformação social, favorável à politização do cotidiano, uma vez que, ao colocar em análise as desigualdades patentes na sociedade, convoca todos os atores sociais para a construção compartilhada e contínua de melhores condições de vida (lazer, educação, saneamento básico, alimentação, trabalho etc.), determinantes à saúde (BUSS, 2000; BUSS, 2003; CARVALHO, 2004a; CARVALHO, 2004b; IGLESIAS, 2009b).

Esta proposta de Promoção à Saúde foi se estruturando ao longo dos anos, por meio, também, das oito Conferências Internacionais, que abordaram este tema, ocorridas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsval (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobo (2009) e Helsínque (2013). Já em Ottawa, foi anunciada a importância de se combinar diversas abordagens complementares para que a Promoção à Saúde se concretizasse. Seguindo, a II Conferência *Internacional sobre Promoção da Saúde*, abordou a importância da difusão de políticas públicas a todos, em especial aos grupos menos privilegiados, como garantia de cidadania. A Conferência ocorrida em Sundsval, por sua vez, enfatizou a interdependência entre saúde e ambiente, em todos seus aspectos. Seguiram-se as demais Conferências reafirmando a promoção como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; além de enfatizarem a necessidade de redução da desigualdade em saúde, a garantia do respeito aos direitos humanos e o acúmulo de capital social para a Promoção à Saúde (OPAS, 1986; OPAS, 1988; OPAS, 1991; OPAS, 1997; OPAS, 2000).

Vale destacar que a própria Política Nacional de Promoção à Saúde nos traz que esta proposta deve sempre se articular pela extinção de todo e qualquer tipo de desigualdade (BRASIL, 2006b). Nesta perspectiva, trabalham-se, também, pelo fortalecimento dos sujeitos para ação, capazes de, juntos a outros atores sociais, inventarem outros modos, outras posturas e outras formas de se fazer saúde, a partir de uma visão integral dos sujeitos.

Esse entendimento de Promoção à Saúde, como nos traz Buss (2000), se assenta na integralidade – uma vez que afirma a necessidade de construção de um cuidado que envolva todos os aspectos da vida das pessoas – na participação social – já que responsabiliza todos pela luta por condições favoráveis à saúde – e na intersetorialidade – por requerer o envolvimento dos vários setores sociais para a transformação dos problemas que afetam a comunidade, que se relacionam diretamente com sua saúde.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Promoção à Saúde não é responsabilidade única do setor saúde, para além da adoção de estilo de vida saudável, a promoção requer que a saúde seja colocada na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes, em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde (OPAS, 1986, p. 2).

Todavia, a efetividade desta Promoção à Saúde não tem sido tão fácil, ao contrário; a dificuldade de concretização desta proposta tem sido apontada como um limite da atenção à saúde. Em relação a isto, Cruz (2007) destaca as dificuldades de se trabalhar nesta perspectiva, uma vez que, dentre outras razões, ainda é forte a influência do modelo biomédico, que insiste na biologização do processo saúde-doença. Acrescido disto, tem-se ainda uma formação focada na especialização, o que resulta na parcialização do cuidado, predominante nos serviços de saúde (CAMPOS, 1999b; SAKAI et al. 2001).

De um lado tem-se o saber técnico, baseado em uma racionalidade positivista, e de outro a questão trazida pelo usuário, na maior parte das vezes, carregada de sentimentos. Neste sentido, a comunicação entre estas duas experiências fica prejudicada, uma vez que a tendência é querer enquadrar o usuário no modelo explicativo criado por aquela racionalidade, desconsiderando a subjetividade⁴ ali presente (CZERESNIA, 2003).

Acrescido disto, os atendimentos nos serviços de saúde, grande parte das vezes, têm se centrado na abordagem de uma queixa específica, sem uma continuidade dos projetos terapêuticos, os quais, por sua vez, estão limitados à dimensão médica, com enfoque biológico e individual, reduzindo o terapêutico ao uso de medicamentos e/ou a outros procedimentos. Além disto, dentro deste mesmo contexto, muitas vezes, ainda são realizados consecutivos encaminhamentos dos usuários para diferentes especialidades, o que remete a uma desresponsabilização pelo cuidado em saúde (CAMPOS, 1999a).

Isto tudo tem repercutido, muitas vezes, negativamente para a efetividade do cuidado em saúde, já que a continuidade e adesão ao tratamento também é afetada. Daí a importância, trazida por vários autores (CAMPOS, 2001; SPINK, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MATTOS, 2004; CECCIM; CARVALHO, 2005; PEREIRA; RAMOS, 2006; SPINK, 2007), de investimento na formação destes profissionais que compõem a atenção básica e demais serviços de saúde, na construção de sujeitos mais críticos, participativos e autônomos, que

⁴ A subjetividade “concebida como algo que se constitui na relação com o mundo material e social” e que, portanto, está em contínuo processo de transformação (BOCK, 2004, p.6).

sustentem as parcerias indispensáveis à efetivação de um sistema público de saúde que prime por esta promoção à saúde anunciada nesta tese.

Neste contexto, o Matriciamento tem possibilidades de trabalhar pela construção de sujeitos mais críticos e participativos, uma vez que ao fomentar o encontro⁵ contínuo entre vários serviços, setores e atores, pode desencadear processos formativos importantes na direção da efetividade de objetivos caros a saúde coletiva, como, a promoção à saúde.

Neste processo, para além do conhecimento técnico específico, faz-se importante ter clareza da responsabilidade social envolvida nesta ação profissional, acrescido do conhecimento das políticas públicas de saúde, território, perfil epidemiológico da população e rede de cuidados, habilidade para abordar, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O Matriciamento sustentado no pressuposto de que todos os profissionais de saúde podem e devem fazer uma escuta qualificada dos usuários com os quais se relacionam cotidianamente, opera pela diminuição de encaminhamentos motivados pelo sentimento de incapacidade e/ou paralisia dos profissionais, compartilhando suporte para lidar com as inseguranças e saberes de um núcleo específico para a composição de um campo ampliado em saúde.

⁵ O encontro é entendido nesta tese como uma possibilidade de transformação, uma vez que ao estar com o outro acreditamos poder nos inventar enquanto sujeitos, ampliar nosso modo de perceber as situações cotidianas e provocar mudanças na realidade a partir do compartilhamento de saberes e vivências. Neste sentido, chamaremos de encontros produtivos esses momentos capazes de transformar o cotidiano na direção da promoção à saúde e da desinstitucionalização.

Certamente, nenhum profissional pode dar conta sozinho das questões envolvidas ao processo saúde-doença, essa tentativa pode gerar muita angústia pela complexidade da empreitada. Há que se abrir a escuta das diferenças presentificadas no encontro com outros atores da saúde, incluindo o usuário, para que, então, se possam compor ações intersetoriais e interdisciplinares baseadas na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas para a intervenção adequada à situação de saúde em questão, sempre na tentativa de se produzir soluções inovadoras para a melhoria da qualidade de vida. No entendimento do Ministério da Saúde tal processo propicia a cada profissional e a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros atores e setores, abrindo caminho, no caso específico da saúde mental, por exemplo, para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes na direção da desinstitucionalização (BRASIL, 2006b).

Utilizamos neste estudo também o conceito de Desinstitucionalização (NICÁCIO; CAMPOS, 2004; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; HONORATO; PINHEIRO, 2008; AMORIM; DIMENSTEIN, 2009) que diz de um processo social complexo de desconstrução de saberes e práticas pautadas na associação do sofrimento psíquico a periculosidade, de desmontagem das respostas científicas e institucionais padrões no que diz respeito ao cuidado em saúde mental e de rompimento da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição do sofrimento psíquico; para então se construir e inventar uma nova realidade social

e de saúde sobre novas bases de entendimento e práticas, totalmente adversas ao modelo asilar (NICÁCIO, 2003).

Certamente a superação do manicômio se confirma como uma condição indispensável à Desinstitucionalização, contudo não é suficiente para a efetividade da proposta. A Desinstitucionalização requer uma desconstrução e reinvenção nos vários campos de conhecimento e práticas, que adotem outras referências na atenção em saúde mental, superando a perspectiva da instituição hospitalar como principal recurso de tratamento. Além disto, a Desinstitucionalização demanda a transformação das relações entre as pessoas em sofrimento psíquico e a sociedade como um todo. Essas mudanças exigem a participação de diversas pessoas como atores do processo para que a inclusão no mundo das cidades aconteça de fato (NICÁCIO, 2003; AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Sendo assim, a Desinstitucionalização trabalha também pela coprodução de subjetividades inventivas, participativas, críticas e solidárias; bem como pela mudança de um modo de agir prescritivo, discriminatório, verticalizado e até mesmo autoritário. Segundo Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001), no caso da pessoa que sofre, trata-se antes da sua reconstituição como sujeito. Todavia, este trabalho de coprodução de subjetividades inclui todas as pessoas que compõem a sociedade, independente de vivenciar ou não o sofrimento psíquico, uma vez que a desinstitucionalização das instituições, do cuidado, das práticas, dos saberes,

passa, necessariamente, pela transformação/desinstitucionalização de nós mesmos enquanto sujeitos sociais.

Percebe-se com isto que, na perspectiva da Desinstitucionalização, também, o foco da atenção deixa de ser a doença e passa a ser o sujeito com sua história, suas vivências, seus sonhos, enfim, sua existência. Daí a insuficiência de se pensar um cuidado restrito aos psicofármacos e as psicoterapias, já que o objetivo não é mais a cura. Há que se ultrapassar as fronteiras sanitárias por meio de um trabalho intersetorial e em rede para a construção de possibilidades reais de sociabilidade para estas pessoas em sofrimento psíquico (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Lussi, Pereira e Júnior (2006) afirmam a existência de várias pesquisas epidemiológicas atuais que confirmam que a cronicidade da pessoa em sofrimento psíquico, ao contrário da perspectiva trazida pela psiquiatria tradicional, não é intrínseca à doença. Esta cronicidade surge justamente de um conjunto de variáveis externas ao indivíduo, ligadas ao contexto da família e da comunidade, o que remete a possibilidade de transformação desta situação por meio de um processo de intervenção que considere este sujeito em suas questões biopsicossociais. No entendimento de Saraceno (2001, p.17) uma intervenção em saúde mental só faz sentido se conduzida sobre “‘todo o campo’, influenciando assim sobre a complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção”.

Sendo assim, faz-se necessário a construção de uma “rede que permita o entrelaçamento das ações e das relações (...), que se movimente para dar sustentação às necessidades dos usuários” (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008, p. 145). A proposta, portanto, é que por meio do Matriciamento em saúde mental se possa efetivar esta atenção integral e intersetorial, indispensável para a Promoção à Saúde e para a Desinstitucionalização.

Isto significa também que o cuidado à saúde mental depende também das pessoas terem assegurado uma alimentação adequada, um teto para morar, acesso ao lazer, cultura, educação etc. Nas palavras de Basaglia (1982, p.31): “Não é o caso de se fazerem grandes elaborações psicológicas e concluir que essa pessoa possui um complexo de Édipo não resolvido, ou coisa do gênero. O importante para essa pessoa é ter o que comer, ter dinheiro, ter uma cama para dormir”.

Assim, podemos afirmar que o cuidado em saúde mental não deve se restringir à remissão de sintomas e/ou se prender a confabulações a respeito das causas daquele sofrimento psíquico; deve, sobretudo, ocupar-se da existência dos sujeitos, o que significa trabalhar pela promoção à saúde e pela reintegração social dessas pessoas (ROTELLI, 1990; AMARANTE, 1995).

Essa luta depende, necessariamente, de vários outros atores, para além da pessoa que sofre, pois como nos traz Basaglia (1985) este sujeito, pela sua situação de excluído, jamais poderá opor-se sozinho àqueles que o excluem, pois

cada um de seus atos passa a ser limitado e definido pela doença; o sofrimento psíquico não é visto como mais um dado da história de vida daquela pessoa, ao contrário passa a defini-la.

Nesta direção se estruturaram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais se constituem como um dispositivo de atenção à saúde mental, substitutivo ao hospital psiquiátrico, voltado a promover esta inserção social das pessoas em sofrimento psíquico por meio, justamente de ações intersetoriais e interdisciplinares (SOUZA, 2004; BRASIL, 2005).

Nas palavras de Souza (2004) o CAPS deve buscar e correr ao encontro da “afetação” ou da “invasão” da loucura na sociedade, para que seja verdadeiramente incluída e acolhida em sua diferença. Sendo assim, por meio do Matriciamento em saúde mental estes serviços podem estar ainda mais circunscritos ao espaço de convívio social de seus usuários, para que, então, se consiga fortalecer os recursos da comunidade, indispensáveis para um cuidado efetivo em saúde mental. Isto significa atingir o objetivo de sair do âmbito da instituição, estabelecer laços para além do serviço de saúde, de modo que os usuários construam seus projetos de vidas e sejam respeitados e inseridos como sujeitos de direito (BRASIL, 2003; SOUZA, 2004).

Isto diz do modo de atenção psicossocial, que consiste, justamente, no trabalho de reposicionamento do sujeito, por meio da transformação do imaginário social – que insiste que o lugar do louco é no hospício – para uma perspectiva mais

inclusiva e acolhedora da diferença, possibilitando a construção de sentidos para a vida destas pessoas em sofrimento psíquico. Este modo de atenção – que deve reger as práticas nos CAPS – destaca ainda os fatores políticos, biológicos, sociais e culturais como determinantes da existência-sofrimento, o que remete à necessidade de compor o cuidado em saúde com intervenções das mais variadas para a ampliação do poder de contratualidade real dos sujeitos e, conseqüentemente, sua reintegração sociocultural e promoção à saúde (SOUZA, 2004; MELO, 2009).

Desta forma, o CAPS por meio do matriciamento em saúde mental pode exercer sua importante função de articular-se para garantir acesso e cuidado destas pessoas também no nível da atenção básica, que, por sua vez, pode conseguir assim efetivar seu objetivo de integralidade, equidade, intersetorialidade, participação social e universalidade (BRASIL, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as concepções sobre o Matriciamento em Saúde Mental realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial junto à Atenção Básica em um município do sudeste brasileiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o que já foi produzido sobre este assunto, bem como os métodos utilizados para se chegar às discussões suscitadas pelo matriciamento em saúde mental (Estudo 1);
- Conhecer as concepções teóricas existentes sobre matriciamento, bem como as possíveis organizações desta estratégia matricial no cotidiano das práticas em saúde (Estudo 2);
- Levantar os documentos sobre o Matriciamento em saúde mental existentes no município de Vitória - ES, para apresentação e discussão da história desta estratégia no município (Estudo 3);
- Descrever o processo de implantação do Matriciamento em saúde mental, as mudanças conquistadas e as dificuldades enfrentadas desde sua fundação (Estudo 3);
- Investigar, em particular, as concepções e contribuição dos psicólogos da atenção básica para esta proposta de Matriciamento em saúde mental (Estudo 4);

- Investigar os entendimentos a respeito do Matriciamento em saúde mental por parte dos gestores, dos matriciadores dos CAPS e dos profissionais das equipes de referência das US (Estudo 5, Estudo 6 e Estudo 7);
- Verificar quais são as problemáticas/dificuldades e avanços experienciados pelos profissionais depois da implantação do Matriciamento em saúde mental (Estudo 5, Estudo 6 e Estudo 7);
- Investigar como se dão as relações entre os profissionais envolvidos no Matriciamento em saúde mental (Estudo 8);
- Conhecer a contribuição do Matriciamento para a Promoção à Saúde e a desinstitucionalização do cuidado (Estudo 8).

4 ESTUDOS

4.1 ESTUDO 1⁶

MATRICIAMENTO: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Resumo: Este artigo constitui-se em um estudo de revisão bibliográfica a respeito do Matriciamento em saúde mental. Foi realizada uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde – Lilacs e SciELO – e do Google acadêmico, com as palavras-chave “apoio matricial em saúde mental” e/ou “matriciamento em saúde mental”. Foram encontrados 14 artigos com as características desejadas, o que evidencia o número restrito de publicações sobre o tema. Os artigos foram analisados quanto a sua parte estrutural e metodológica, destacando a predominância absoluta do uso do método qualitativo e dos profissionais de saúde como população alvo das pesquisas. Em seguida, estes mesmos artigos foram analisados quanto a suas discussões teóricas. Ressalta-se, dentre outras questões, a importância do Matriciamento para o fortalecimento das equipes da atenção básica no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Contudo, ainda são muitas as confusões quanto à proposta do Matriciamento e as responsabilidades compartilhadas entre equipes de referências e profissionais de saúde mental, o que apontam para a necessidade de formação continuada destes profissionais, além de uma melhor articulação e organização da rede de cuidado em saúde mental.

⁶ Estudo publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva. IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, v.19, n.9, p. 3791-3798.

Palavras-chave Apoio matricial, Saúde mental, Revisão bibliográfica, Atenção básica

MATRIX SUPPORT: A BIBLIOGRAPHICAL STUDY

Abstract: This article presents a bibliographical review of matrix support in mental health. A search was conducted in the Virtual Health Library and the LILACS, SciELO and Google Scholar databases using the key words: “matrix support in mental health.” Fourteen articles were located with the desired characteristics, which indicates that only a restricted number of publications are in circulation. The articles were analyzed with respect to their structural and methodological aspects, which revealed the absolute predominance of the use of qualitative methods and health professionals as the target research population. The same articles were then analyzed for their theoretical discussions. Among other issues, the importance of matrix support to enhance the primary health care teams provided to people suffering from psychic distress is highlighted. However, there is still considerable confusion regarding the proposal of the matrix support and shared responsibilities between teams of reference and mental health professionals, which emphasizes the need for training of these professionals, as well as better coordination and organization of the mental health care network.

Key words Matrix support, Mental health, Bibliographical review, Primary health care

Introdução

Por um longo período na história, a hospitalização, o enclausuramento, a exclusão e o isolamento foram tomados como única forma de lidar com a “loucura”. As pessoas em sofrimento psíquico, “desprovidas” de sua capacidade produtiva, em período de crescimento e fortalecimento do capitalismo, eram depositadas nos manicômios, onde sofriam com a violação explícita de sua integridade física, moral, psíquica. Até que na década de 80, frente ao contexto de movimentação política e social para a democratização do Brasil, esse modelo hospitalocêntrico e medicalizante passou a ser fortemente criticado, favorecendo a reestruturação do modelo assistencial à saúde mental, preconizado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Tal movimento tem como foco a desinstitucionalização, que não se restringe a desospitalização, já que a retirada destas pessoas dos hospitais não acarreta numa mudança automática das atitudes de intolerância frente à diferença. A desinstitucionalização implica em mudança cultural, política, social, ideológica e ética no modo de lidar com o sofrimento psíquico. Para tanto, requer a criação de condições para que estas pessoas recém saídas dos hospitais psiquiátricos, e os novos pacientes, sejam inseridos socialmente, acolhidos e tratados em seu sofrimento.

Neste contexto, a articulação da Saúde Mental e da Atenção Básica torna-se imprescindível, considerando a Unidade de Saúde (US) como espaço mais próximo à comunidade local, onde as pessoas em sofrimento vivem e devem ser inseridas socialmente. A Unidade de Saúde, como representante da atenção básica, figura como porta de entrada do setor, o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde, aonde as pessoas chegam com as mais variadas queixas e devem ser acolhidas em suas questões de saúde, por mais que este acompanhamento não se restrinja a este espaço. Esta proximidade com a comunidade pode favorecer a construção de uma nova lógica de relação e acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico pela sociedade como um todo.

Delgado (2007) chama a atenção para a obrigatoriedade desta interface da saúde mental com as outras situações cotidianas das Unidades de Saúde, bem como os benefícios desta articulação, na medida em que o usuário passa a ser acolhido em sua integralidade, reconhecido os fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e subjetivos como determinantes e condicionantes do processo saúde/doença. No entendimento do Ministério da Saúde (2005, p. 33).

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica.

Neste contexto, se afirma em 2003 a proposta do Matriciamento em saúde mental, que tem por objetivo contribuir para o acolhimento das pessoas em

sofrimento psíquico nos espaços sociais onde circulam, por meio de uma construção coletiva de saberes junto às equipes de saúde da família (CAMPOS; NASCIMENTO, 2007). Trata-se de uma proposta recente, daí o interesse e objetivo deste trabalho de conhecer o que vem sendo produzido teoricamente sobre o assunto, que possa dar sustentação a outras construções sobre o Matriciamento em saúde mental.

O Matriciamento se constituiu como proposta do Ministério da Saúde para a articulação entre a rede de Saúde Mental e as Unidades de Saúde, com vistas à implementação de uma clínica ampliada⁷, ao compartilhamento no cuidado a estes usuários, à integração dialógica entre diferentes categorias profissionais e especialidades, à promoção à saúde e à disponibilização de outras ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as US.

Em outras palavras, o Matriciamento em saúde mental tem por função dar suporte, discutir, intervir conjuntamente e atuar na formação dos profissionais para o cuidado à saúde mental, promovendo a corresponsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva das equipes de referência no manejo com esses usuários (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Trata-se de assegurar retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes que prestam atenção aos problemas de saúde da população. Neste

⁷ **Clínica Ampliada** pode ser entendida como um compromisso radical e ético das equipes de saúde para com a integralidade do sujeito, incluindo-o na construção de seu cuidado e incentivando sua autonomia e potencialidades (BRASIL, 2009).

processo, as equipes de referência – lotadas preferencialmente nas US – atuam como responsáveis pela condução do caso ao longo do tempo, enquanto o matriciador em saúde mental, podendo estar lotado nos CAPS, objetiva contribuir na composição de propostas de intervenção para uma situação de saúde específica a ser cuidada (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Na proposta de Matriciamento existem, necessariamente, estas duas equipes – uma de referência e outra de matriciadores – que devem compartilhar experiências, saberes e poderes para a tomada de decisões, igualmente, de modo integrado. A equipe de referência é responsável pela condução do caso, com vistas à ampliação das possibilidades de vínculo favorável ao cuidado e avanço da intervenção junto ao caso em discussão. O matriciador, por sua vez, é um especialista que pode também agregar um conhecimento, contribuindo para a intervenção a um determinado problema de saúde.

O fato de serem especialistas não significa que detenham a resposta para a resolução do caso, a ideia é a construção compartilhada de possibilidades de intervenção para a situação em pauta, como traz Dimenstein et al. (2009), somente a integralidade pode ser realmente efetiva na promoção à saúde. Neste sentido, o Matriciamento requer um trabalho interdisciplinar e encontros sistemáticos entre as duas equipes, para a troca de saberes na construção de projetos terapêuticos, bem como para a definição de responsabilidades específicas para cada ator envolvido neste trabalho.

Dito isto, o Matriciamento se afirma como uma metodologia de trabalho favorável à estruturação da rede de saúde por meio da transformação das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo os usuários. É a partir das relações que o sujeito, o mundo e a própria saúde se constituem cotidianamente. Como afirma Campos (1999), uma relação de poder altamente verticalizada e centralizada em suas decisões tende ao descompromisso e alienação dos atores da saúde.

Todos têm a contribuir na resolução dos problemas de saúde, integrando atenção e cuidado às pessoas. No caso do Matriciamento, o matriciador procura construir de modo compartilhado os projetos de intervenção com a equipe de referência, considerando o seu conhecimento específico, sua experiência, sua visão de mundo e de sujeito, bem como as demandas dos outros profissionais, com seus conhecimentos, desejos, interesses e visão de mundo e de sujeito.

Assim, é possível desbancar as fragmentações alimentadas pela crescente especialização das várias áreas do conhecimento e promover alterações na subjetividade e na cultura dominante do campo da saúde, que passarão a centrar-se no diálogo, na integralidade, no trabalho em equipe, na corresponsabilização e na escuta qualificada.

Diante da relevância da proposta do Matriciamento, faz-se importante conhecer o que já foi produzido sobre este assunto, bem como os métodos utilizados para se chegar às discussões suscitadas pelo tema em questão. Certamente, o estudo de

revisão bibliográfica possibilita o desenho de outros trabalhos sobre este objeto, a partir das verificações, análises e comparações das informações colhidas.

Método

O presente trabalho constitui-se em um estudo de revisão bibliográfica a respeito do Matriciamento em saúde mental. A escolha por este modo de estudar o matriciamento vem da intenção de conhecer o que vem sendo produzido sobre o tema, as discussões suscitadas e as metodologias utilizadas nos artigos científicos referentes ao assunto. Para tanto, foi realizada uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde – Lilacs e SciELO – e do Google acadêmico, no período de abril a julho de 2011, utilizando das seguintes palavras-chave: “apoio matricial em saúde mental” e/ou “matriciamento em saúde mental” (entendendo apoio matricial e matriciamento como palavras sinônimas). No caso do Google acadêmico, utilizamos sua pesquisa avançada, indicando que o artigo encontrado deveria conter a frase exata: “apoio matricial em saúde mental” e/ou “matriciamento em saúde mental”, em qualquer lugar do texto. Nas outras bases de dados, apenas inserimos as palavras-chave mencionadas para a busca dos artigos indexados.

Foram encontrados 14 artigos com as características desejadas. As teses de doutorado encontradas e outros trabalhos, como de conclusão de curso, por exemplo, foram excluídos, já que a proposta era analisar apenas artigos sobre o

tema, publicados em periódicos científicos e indexados em bases de dados de fácil acesso.

Após o levantamento dos artigos, foi construída uma ficha para anotação das informações contidas nos textos, que auxiliaria o pesquisador na análise posterior dos artigos levantados. Tal ficha constava do nome do artigo, objetivo, delineamento metodológico, técnicas de coleta, local de estudo, população, técnica de análise, principais resultados, periódico e ano de publicação.

Para a análise dos artigos, utilizamos uma leitura exploratória e analítica a fim de alcançar os objetivos deste estudo. Primeiramente, no item resultados e discussões deste artigo, apresentaremos as questões referentes à parte estrutural e metodológica dos artigos analisados e, em seguida, traremos as discussões teóricas, obtidas pela análise dos resultados destes mesmos artigos.

Resultados e discussões

Parte estrutural e metodológica dos artigos

Foram encontrados 14 artigos, distribuídos em onze diferentes revistas nas áreas de Saúde Coletiva (9), Saúde Mental (2), Psicologia (2) e Enfermagem (1), publicados nos anos de 2007 a 2010, todos em idioma português, o que se relaciona ao fato do Matriciamento em saúde mental tratar-se, com este nome, de uma proposta nacional. Os textos com os quais trabalhamos têm como local de

estudo o sul, sudeste e nordeste do país, nenhum artigo foi encontrado oriundo do centro-oeste e do norte do Brasil.

O Matriciamento pode ser considerado uma proposta recente, descrita inicialmente por Campos, em 1999, como um arranjo organizacional para o trabalho. Seguiu-se com a sua implantação em alguns serviços de saúde de Campinas e, só então, em 2003, foi adotado pelo Ministério da Saúde, para a articulação da rede de saúde mental com a atenção básica à saúde, o que justifica o fato dos artigos encontrados serem de datas atuais (2007 a 2010).

Todos os artigos levantados foram delineados pela metodologia qualitativa, abrangendo relatos de experiências, pesquisa de campo e textos teóricos. Em relação aos artigos que utilizaram de pesquisa de campo, todos tiveram como população alvo os profissionais de saúde, utilizando-se, como técnica de coleta de dados a observação, entrevista semiestruturada, questionários, grupos focais, documentos oficiais, reuniões, discussões e visitas domiciliares. Neste último caso, com registros fonográfico, fotográfico e em relatório. Para análise destes dados, os artigos contaram com a técnica de análise de conteúdo, análise descritiva, análise comparativa e meta-narrativa. Vale destacar que alguns deles não especificaram a técnica de análise utilizada.

A análise de conteúdo tem sua maior expressão em Bardin (1988), cuja obra apresenta em detalhes a fundamentação teórica da técnica e seu modo de aplicação. A técnica de análise de conteúdo tem por objetivo “obter, por

procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p. 42).

A análise de conteúdo requer um trabalho de leitura e releitura do material coletado, seguida da categorização e interpretação dos dados. Os artigos listados para esta revisão, que se utilizaram da análise de conteúdo, buscaram avaliar as informações quanto aos seus conteúdos, categorizando-os.

Outra técnica utilizada foi a análise descritiva, que na explicação dos autores dos artigos consiste “na operação de codificação, classificação e categorização dos dados” (BARRETO et al, 2010, p. 47). Neste sentido, os dois artigos (BARRETO et al, 2010; HARADA; SOARES, 2010) que empregaram tal modo de análise também elaboraram categorias para apresentação e discussão dos dados, assemelhando-se à análise de conteúdo. Contudo, diferencia-se por assumir uma forma aproximada ao do levantamento, o qual se encarrega de descrever as características do fenômeno por meio de técnicas mais padronizadas, como o questionário (como foi o caso de um dos artigos) ou a entrevista direta com a pessoa de interesse para a pesquisa (GIL, 1991). As categorias construídas por estes dois artigos, para a análise descritiva, se assemelham, em seu conteúdo, às descritas nos outros artigos analisados, na medida em que buscam descrever o conhecimento/percepção dos profissionais sobre os transtornos mentais mais

frequentes, entendimentos sobre o Matriciamento e as práticas junto às pessoas em sofrimento psíquico.

Também foi utilizado para análise, em um dos artigos listados nesta revisão, o método comparativo constante (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010), que consiste na identificação das unidades de informação – sentenças obtidas do material empírico, compreensível a qualquer leitor – e na categorização – cujo objetivo é unificar todas as unidades de informação relacionadas ao mesmo conteúdo – para então traçar as semelhanças e diferenças entre o material levantado na pesquisa.

A metanarrativa (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009a), utilizada em outro artigo, versou sobre a interpretação das narrativas trazidas pelos profissionais – público-alvo – nos grupos focais.

Ainda em relação aos métodos utilizados nos artigos, chama atenção o fato de todos os textos empregarem a metodologia qualitativa, o que para Minayo (2006) demonstra uma intenção de se trabalhar com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes dos processos em questão. Diante da situação de todos os artigos utilizarem o método qualitativo, sentimos a necessidade de trazer para esta revisão uma discussão sobre a pesquisa qualitativa e quantitativa, não que qualquer dos artigos professe a primazia de um ou outro método, mas vale destacar a possibilidade de analisar o tema de modos e enfoques diferentes e o quanto isto pode ser enriquecedor para se pensar uma

determinada realidade social. Como nos traz Minayo (2006), os fenômenos sociais podem ser analisados nas suas relações, histórias e representações, mas também nas suas regularidades e frequências. Entendemos que tal discussão pode contribuir para se pensar em outros modos de se pesquisar o Matriciamento em saúde mental, que enfoque também as propriedades numéricas do fenômeno (tão valorizadas ainda para o financiamento das ações em saúde), para além de suas qualidades.

Discute-se que, por muito tempo, predominou a quantificação para a legitimação científica. Neste sentido, o que era produzido fora desta lógica de mensuração não tinha o valor científico. Neste contexto, outro movimento de afirmação da importância e valor da pesquisa qualitativa se estruturou no cenário científico, mas muito no sentido de negação do outro método, enquanto o argumento deveria ser no sentido de valorização das duas abordagens, que igualmente possuem vantagens e desvantagens, pontos positivos e negativos, cada uma tem seu papel, seu lugar e sua adequação, dependendo prioritariamente da pergunta de pesquisa, que, por sua vez, pode ser multifacetada, comportando mais de um método (MINAYO, 2006; GÜNTHER, 2006).

No setor saúde, assim como em outras áreas, a possibilidade de contribuição da interação dos dois métodos e de suas teorias para a análise das questões referentes a este campo está justamente em suas diferenças, e quando trabalhadas em conjunto (e não em oposição) podem promover uma “mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de

teorias e de novas técnicas cooperativas” (MINAYO, 2006, p. 76). Isto para o Matriciamento, certamente, pode ter uma contribuição importante, uma vez que se trata de uma prática incipiente, ainda em processo de construção. Pensar, por exemplo, indicadores, que tomados como parte da qualidade do Matriciamento, possam dar maior sustentação a esta prática inovadora, que tem por desafio promover mudanças nas práticas tradicionais da saúde, fortalecendo o papel da intersetorialidade e da integralidade no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico na atenção básica.

Por fim, em relação à metodologia dos artigos, deve ser destacado o fato de que todos eles têm como público-alvo os profissionais de saúde. Os objetivos foram diversos: uns trouxeram a proposta de avaliar o Matriciamento e de discutir a implantação desta estratégia, outros visaram o relato de experiência e a análise da participação do psicólogo na efetivação do Matriciamento, teve ainda o artigo que buscou identificar em documentos oficiais em que medida e de que forma as políticas públicas contemplavam a atuação do psicólogo na atenção básica, incluindo a prática do Matriciamento em saúde mental. Independente dos objetivos, todos os artigos que se utilizaram de uma população para a coleta de dados e não de documentos, focaram no ponto de vista dos profissionais em relação à proposta do Matriciamento. Mas, qual seria a avaliação dos usuários e das famílias que compartilham desta prática?

O SUS traz em seu bojo, assim como as políticas que lhe dão sustentação, a valorização de todos os atores sociais (usuários, gestores e trabalhadores), no

processo de efetivação das práticas em saúde. Daí podermos afirmar da importância de se explorar as repercussões do Matriciamento nas vidas e no cuidado à saúde destas pessoas que usufruem desta nova prática antimanicomial.

Discussões teóricas trazidas pelos artigos

Dentre os resultados dos artigos levantados foi presença marcante a avaliação, pelos profissionais, da importância do Matriciamento para o fortalecimento das equipes das Unidades de Saúde no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (TÓFOLI; FORTES, 2007; SOARES, 2008; ARONA, 2009; CARNEIRO et al., 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009a; BARRETO et al., 2010; HARADA; SOARES, 2010; MIELKE; OLCHOWSKY, 2010). Inclusive um dos artigos chega a pontuar a diminuição do estresse das equipes, uma vez que conseguem compartilhar responsabilidades dos casos mais complexos com outros setores, serviços e atores da saúde (BARBAN; OLIVEIRA, 2007).

Neste sentido, as equipes conseguem trabalhar uma das prioridades da Estratégia de Saúde da Família, a Promoção à Saúde, que traz justamente como um de seus pilares a intersectorialidade e a integralidade do cuidado, valorizando sobremaneira o trabalho em equipe. Associado a isto, as intervenções tendem a se tornar mais efetivas do ponto de vista terapêutico, uma vez que a Unidade de Saúde, como porta de entrada do sistema de saúde, revela-se mais propícia à construção de vínculo entre profissional-usuário, indispensável à efetivação de

espaços coletivos de luta por melhorias nas condições gerais de vida destas pessoas (HARADA; SOARES, 2010).

O entendimento de alguns profissionais é de que o acompanhamento do usuário deve ser feito na Unidade de Saúde, próximo à sua família e a sua comunidade (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010), local propício a se trabalhar a reinserção social e a desinstitucionalização, conforme preconizada pela política nacional de saúde mental. Isto significa trabalhar o cuidado a esta pessoa em sofrimento e a comunidade como um todo, para a mudança de uma mentalidade que, por muito tempo, construiu-se pautada na ideia de que a pessoa com transtorno mental deveria ser mantida reclusa, já que necessariamente representava perigo à população.

A estratégia do Matriciamento em saúde mental surge, justamente, a partir da defesa de que a pessoa em sofrimento psíquico deve ser acolhida em seu território de origem, integrada à rede social, a qual deve fazer parte, a fim de que a promoção à saúde aconteça. No plano internacional, o pontapé inicial foi dado pela Declaração de Caracas, que em 1990 propôs a reestruturação da atenção às pessoas em sofrimento por meio da vinculação saúde mental e atenção básica. No Brasil, a movimentação pelo cuidado destas pessoas, também na atenção básica, ganha força a partir de 2001, quando a Coordenação Nacional de Saúde Mental promove a “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, seguido de um Seminário sobre o tema em 2002, a integração do assunto ao sétimo Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em

2003 e, no mesmo ano, a edição da circular “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, que traz a proposta do Matriciamento em Saúde Mental às equipes da Atenção Básica, o modo de se organizar as ações de Matriciamento e as responsabilidades compartilhadas entre as equipes matriciais de Saúde Mental e Atenção Básica (GAMA; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Contudo, no dia-a-dia ainda há confusões em relação à proposta do Matriciamento e às responsabilidades compartilhadas entre equipes de referências e os profissionais de saúde mental, os quais, muitas vezes, depositam as dificuldades de efetivação do Matriciamento na resistência, que percebem, das equipes de referências de trabalharem com o que não é medicamentoso, ou ainda por sentirem que as equipes pensam a proposta como uma imposição da gestão. Neste sentido, os profissionais de saúde mental têm dificuldades em reconhecer seus próprios limites em compartilhar saberes e responsabilidades no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009a).

As equipes de referências, por sua vez, neste mesmo artigo (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009a), também no sentido de transferir responsabilidades, descrevem o “apoio que dá certo” e o que “não dá certo”. Referem o “apoio que dá certo” como aquele em que conseguem encaminhar o caso aos matriciadores de modo que estes o absorvam para si.

Já o “apoio que não dá certo” é descrito como aquele em que a equipe de referência é convocada a discutir o caso, em que o matriciador se coloca a ajudar a equipe a acompanhar o caso; ou seja, o que é considerado “insucesso” ocorre quando o matriciador não assume sozinho o encaminhamento da situação em questão. Desta forma, o cuidado à demanda de saúde mental é encarado como mais uma questão para a atenção básica dar conta e como uma desresponsabilização dos serviços especializados (DIMENSTEIN et al., 2009).

A efetividade e a eficácia do Matriciamento em saúde mental dependem de um trabalho conjunto. Portanto, não se trata de eleger responsáveis pelos entraves à efetivação do Matriciamento, mas o reconhecimento da complexidade envolta à sua concretização, para que então as dificuldades sejam trabalhadas com vistas à maior resolutividade da atenção.

Foi descrito por vários profissionais, em especial aqueles que compõem as equipes de referência, a necessidade de uma formação específica para se atender aos usuários de saúde mental (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009a; HARADA; SOARES, 2010). Há que se considerar que trabalhar com esta clientela é desafiador, pela história estigmatizante que carregam e pelas angústias possivelmente despertadas nos profissionais no contato com o sofrimento. Tanto que a inserção do psicólogo nas equipes de matriciadores em saúde mental tem sido uma indicação inclusive por algumas políticas públicas (FERREIRA NETO, 2008; BOING; CREPALDI, 2010).

Faz-se importante, portanto, a presença do matriciador junto a estas equipes de referência para auxiliá-las no sentido de desmistificar alguns entendimentos a respeito da loucura, desfazendo preconceitos que, algumas vezes, resultam na segregação das pessoas em sofrimento psíquico no próprio espaço de atendimento à saúde.

Fora do campo 'psi', ainda são poucas as formações acadêmicas que abordam o tema da saúde mental, o que representa um entrave à intervenção das demais categorias junto a estas pessoas. Neste sentido, os artigos (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009a; HARADA; SOARES, 2010) demonstram que, muitas vezes, a participação dos vários profissionais que compõem à Unidade de Saúde no cuidado às pessoas em sofrimento, ainda depende da disponibilidade profissional, do seu perfil ou da sua formação complementar.

Sendo assim, o Matriciamento mais uma vez afirma sua importância, uma vez que tem também a função de suporte técnico-pedagógico a estas equipes envolvidas, possibilitando que mais profissionais estejam habilitados a intervir junto às pessoas em sofrimento psíquico (ARONA, 2009), fazendo valer os princípios da universalidade de acesso, integralidade e equidade da atenção, por exemplo.

A proposta traz em seu bojo a intenção de qualificar os profissionais no lidar com complexidade da vida de cada sujeito, independente de uma patologia. Há que se

trabalhar pela Promoção à Saúde e pela Prevenção de Doenças com vistas à construção de um sistema de saúde de qualidade, considerando as dimensões socioculturais, políticas, econômicas, biopsicossociais e familiares que cotidianamente constroem os sujeitos.

Figueiredo e Campos (2009b) destacam o papel do Matriciamento em saúde mental de ofertar aos profissionais de saúde, de um modo geral, conhecimentos e ações (historicamente considerados próprios das áreas 'psí') que necessariamente irão auxiliar estes profissionais na ampliação da escuta e conseqüentemente da clínica, do acolher e do lidar com as subjetividades presentes no espaço da Unidade. Vale pontuar que não se trata de rejeitar as especificidades da área, mas de participar com este saber na promoção coletiva de outros e novos saberes que possibilitem uma atenção mais efetiva. Isto remete à superação da lógica de fragmentação e especialização do trabalho, que se materializa em inúmeros encaminhamentos do usuário de um local a outro sem a menor interconexão e conhecimento, por parte dos profissionais envolvidos, das intervenções pensadas e realizadas no cuidado ao caso.

É indispensável o fortalecimento da rede de atenção, de modo que os serviços estejam articulados em suas ações e mantenham uma relação direta com vistas à integralidade do cuidado. Assim, o Matriciamento rejeita a ideia de encaminhamentos, trabalha com a construção de projetos terapêuticos singulares para cada sujeito, de acordo com suas necessidades, de modo que a responsabilidade para sua concretização seja compartilhada com todos os atores

sociais, transcendendo o setor saúde, já que toma a saúde em seu conceito ampliado, envolve as condições gerais de vida (lazer, educação, saneamento básico, alimentação etc.), como determinantes à saúde.

A necessidade de articulação e organização da rede de cuidado em saúde mental se constitui como mais uma questão a ser trabalhada conjuntamente para a efetivação deste Matriciamento. Os artigos (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009b; MIELKE; OLCHOWSKY, 2010) apontam o imperativo da oferta de outros equipamentos de acolhimento destas pessoas para a garantia do acesso a um acompanhamento terapêutico adequado e de qualidade.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), cerca de 20% da população brasileira necessitaria de algum cuidado em saúde mental, sendo 3% pessoas que vivem com transtorno mental severo e persistente e que, portanto, deveriam receber cuidados contínuos. Os transtornos menos graves representam 9% da população, demandando cuidados eventuais, e outros 8% apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, necessitando de atendimento regular. Isto representa, aproximadamente, 38 milhões de pessoas, o que certamente significa uma demanda elevada de necessidade de cuidado e que, muitas vezes, tem deixado de ser acolhida, mesmo após a implantação do Matriciamento, pelas dificuldades presentes na estruturação da rede de saúde.

Dimenstein et al.(2009) trazem que ainda são pequenas as possibilidades de referenciamento destas pessoas em sofrimento, tendo em vista a precariedade da rede de serviços substitutivos e da articulação destes com os demais serviços do SUS. Há que se ofertar outros e novos equipamentos (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010), bem como possibilitar a implantação de CAPS III, de leitos em hospitais gerais, de centros de convivência e cultura, de serviços ambulatoriais de saúde mental, de equipes da ESF na atenção a estas pessoas, a fim de que se possa oferecer um cuidado integral e de qualidade.

Considerações finais

O Matriciamento tem se apresentado como uma possibilidade real de conversão de um contexto de exclusão das pessoas em sofrimento psíquico, tanto que sua contribuição pela efetivação da promoção à saúde é destacada em todos os artigos analisados para este estudo. Isto porque tem conseguido levar à atenção básica a discussão da inclusão da saúde mental em suas práticas de cuidado.

Contudo, é certo que se tem muito a avançar. Por meio deste estudo pudemos apreender que há uma carência de trabalhos que explorem, por exemplo, as contribuições de usuários e familiares para esta prática inovadora. Certamente, como um dos principais afetados por esta prática, usuários e familiares têm a acrescentar em avaliações que venham enriquecer este novo modo de se acolher o sofrimento psíquico.

Trata-se de uma proposta em construção, razão pela qual reforçamos a importância e necessidade de outros estudos que trabalhem outros métodos de investigação, para além da exclusividade do método qualitativo. Destacamos, também, a importância de pesquisas que explorem as possibilidades de avaliação desta prática e definam mais claramente algumas responsabilidades para cada um dos atores envolvidos.

Por fim, com base nos artigos analisados nesta revisão, indicamos o investimento em formações continuadas para os profissionais e o fortalecimento da rede de cuidado como imprescindível para que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico esteja garantido fora da ideia de exclusão, pautado na atenção psicossocial na comunidade onde habita.

Referências

ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 26-36, 2009.

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v.14, n. 1, p. 54-65, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1988.

BARRETO, M.; FOPPA, A. A.; CABRAL, M. F.; GONÇALVES, Jr.; MORE, C. L. O. O. Acolhimento em Saúde Mental: percepções de profissionais vinculados à

Estratégia de Saúde da Família. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 39-49, 2010.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2015. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanizaçãoda Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BOING, E. I.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 57-66, 2007.

CARNEIRO, A. C.; OLIVEIRA, A. C. M.; SANTOS, M. M. S.; ALVES, M. S.; CASAIS, N. A.; SANTOS, J. E. Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador – BA. **Revista brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 22, n. 4, p. 264-271, 2009.

DELGADO, P. G. G. Política Nacional de Saúde Mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde. **Jornal do CONASEMS**, Brasília, p. 8-9, ago. 2007.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

FERREIRA NETO, J. L.; Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.78, p. 18-26, 2008.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009a.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.79, p. 143-149, 2009b.

GAMA, C. A. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n.2, p.112-131, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa *Versus* Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.22, n.2, p.201-210, 2006.

HARADA, O. L.; SOARES, M. H. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.315-336, 2010.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.63, n.6, p.900-907, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOARES, M. H. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.4, n.2, p.01-12, 2008.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, 2007.

4.2 ESTUDO 2⁸

MATRICIAMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO PARA A PROMOÇÃO À SAÚDE E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Resumo: Objetivou-se com este estudo uma revisão teórica a respeito do Matriciamento para discussão de suas potencialidades de formação em serviço, bem como as possíveis organizações desta estratégia matricial no cotidiano das práticas em saúde. Diante das discussões trazidas neste texto, defendemos que o matriciamento tem grande condição em facilitar, por meio de sua proposta formativa e de cogestão, a construção de redes conectadas e solidárias, de espaços de controle social, de parcerias intersetoriais, de Promoção à Saúde, de análise do cotidiano, do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço – pautados sempre nas necessidades dos sujeitos, das famílias, do território e da rede de relações que nele acontecem.

Palavras-Chave: Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica, Equipes de Referência, Equipes de Apoio

⁸ Estudo aceito para composição de capítulo de livro sobre processos formativos em saúde.

MATRIX SUPPORT: A STRATEGY OF FORMATION TO THE HEALTH PROMOTION AND THE DE-INSTITUTIONALIZATION OF MENTAL HEALTH CARE

Abstract: The objective of this study a theoretical review about the Matrix Support to discuss their training capabilities in service as well as the possible organization of this matrix strategy in daily health practices. Before the discussions brought in this paper, we argue that the Matrix Support has great conditions to facilitate, through its formative proposal and co-management, building connected and supportive networks and forums for social control, intersetorial partnerships, Health Promotion, analysis of everyday life, the work process, of the flows and service offers menu - always guided by the needs of individuals, families, territory and network of relationships that happen in it.

Keywords: Matrix support, Mental Health, Primary Health Care, reference teams, matrix teams.

Introdução

Este estudo tem por objetivo discutir as virtualidades da estratégia de formação intitulada Matriciamento e a sua capacidade em contribuir para a Promoção à Saúde e para a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental. Por meio de revisão teórica do Matriciamento buscamos apontar os vários sentidos que vêm sendo atribuídos a esta estratégia, bem como os objetivos expressos nos

documentos que sugerem o matriciamento como meio para uma maior efetividade do cuidado em saúde.

O Matriciamento é entendido neste estudo como uma importante estratégia para se alcançar a Promoção à Saúde e a Desinstitucionalização do cuidado, uma vez que, ao levar as questões de Saúde Mental para serem cuidadas também na Atenção Básica, trabalha-se pela formação integral dos profissionais de saúde e pela articulação da rede de cuidado para reinserção social e promoção de autonomia das pessoas em sofrimento psíquico.

A formação dos profissionais de saúde, na maior parte das vezes, ainda se mantém muito ligada aos conhecimentos que circundam a doença, o que resulta, no caso das questões mentais, em uma visão fortemente vinculada a ideia do hospital e da medicalização como única forma de tratamento. Acrescido disto, tem-se ainda uma tendência das profissões reduzirem seu campo de responsabilidade ao núcleo restrito de saberes e competências de sua formação original, reforçando o isolamento profissional e obstaculizando a possibilidade de uma atenção integral aos usuários do sistema. Isto, associado às condições históricas que estruturaram uma mentalidade manicomial também em alguns profissionais de saúde, dificultou ainda mais a integração da Saúde Mental às propostas de cuidado à saúde de modo geral (CAMPOS, 1999).

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde se utilizou da proposta do Matriciamento com vistas a investir na formação continuada dos profissionais de

saúde, estimular cotidianamente a produção de novos padrões de inter-relação entre os vários atores sociais, ampliar o compromisso de todos os colaboradores – sem cobrar-lhes onisciência ou onipotência – com a produção de saúde e quebrar os obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS, 1999).

Em outras palavras, o Matriciamento surgiu como arranjo organizacional favorável a formação em saúde, de modo a integrar dialogicamente as distintas especialidades e profissões para a efetivação de uma clínica que se pretende ampliada, atentando-se necessariamente, aos fatores determinantes do processo saúde-doença.

Além disto, no que diz respeito especificamente à Saúde Mental, o Matriciamento se apresentou como importante estratégia para fazer valer a integração da Saúde Mental na Atenção Básica com vistas à efetivação das propostas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Por meio do Matriciamento em Saúde Mental tornou-se possível a ampliação da oferta de cuidado, já que a Atenção Básica também passou a se responsabilizar por ele, com todo o conhecimento que tem dos equipamentos existentes naquele território úteis a este cuidado.

Neste contexto, o Matriciamento foi descrito pelo Ministério da Saúde como um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (BRASIL, 2003).

Contudo, nestes mais de dez anos em que o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) o elegeu como estratégia oficial a guiar as ações de Saúde Mental na Atenção Básica para a mudança de modelos assistenciais em saúde, o matriciamento foi agregando sentidos, o que se reverteu, igualmente, em práticas variadas assentadas nestes Matriciamentoa. Já não há um só Matriciamento, são vários Matriciamentos operando cotidianamente nas práticas em saúde.

Concepções sobre o Matriciamento

Bertussi (2010) fala da existência de vertentes de matriciamentos, a primeira delas, denominada “Apoio-Intervenção”, consiste na transmissão de informações, conhecimentos e regras/normas por profissionais de saúde representantes da gestão para as equipes de Unidades de Saúde. Neste caso a demanda provém das indicações institucionais e não da equipe que recebe o “apoio”, o que caracteriza um modelo pautado na hierarquização das relações e no controle.

Outra vertente, o “Apoio Matricial Temático”, objetiva a interlocução entre os diferentes profissionais – com seus distintos saberes, valores e papéis – e entre os diversos serviços e setores para que juntos construam e efetivem o cuidado integral à população. Neste caso, foca-se na função formativa do matriciamento, sendo do interesse das equipes, dos profissionais e dos serviços envolvidos ser resolutivo em relação à questão de saúde que se apresenta. Neste modo de realização da atenção em saúde busca-se a redução da fragmentação do processo de trabalho – resultante da crescente especialização em quase todas as

áreas de conhecimento – e a ampliação do compartilhamento de responsabilidade no cuidado em saúde, por meio da instituição de espaços de diálogo e aprendizagem entre profissionais de diferentes serviços e setores, podendo caracterizar uma relação mais democrática (BERTUSSI, 2010).

Nesta perspectiva de matriciamento trabalha-se para que a intervenção aconteça no território, de modo que os usuários sejam cuidados em sua integralidade, considerando as dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais que envolvem o cotidiano das ações para a Promoção à Saúde Mental (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Tem-se ainda a perspectiva do matriciamento que se associa a ideia do analista institucional; neste sentido, propõe promover análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos presentes nos serviços de saúde, colocando-as a disposição de todas as pessoas ali situadas para que possam pensar sobre sua função e funcionamento e, assim, se impliquem na construção de redes e de práticas inéditas (BERTUSSI, 2010).

O termo “Matriciamento” em si já denota importantes significações. O Matriciamento associa-se a prestar auxílio mútuo, amparar, defender, favorecer, sugerindo uma maneira de operar uma relação horizontal entre generalistas e especialistas, por exemplo, de modo a não mais ter como base uma relação pautada na autoridade de um sobre o outro, mas se sustentar em bases dialógicas, de modo que todos contribuam na gestão das ações em saúde. Assim,

matriciar remete, necessariamente, a pensar e fazer junto às pessoas e não para elas ou sobre elas (CAMPOS, 2003; DOMITTI, 2006).

Acrescido disto, o Matriciamento indica o lugar onde se geram e se criam coisas, ou ainda o conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Igualmente tem-se nestes sentidos uma sugestão de construção de relações dialógicas entre profissionais das equipes de referência, entre equipes de vários serviços e entre estes e os profissionais de áreas especializadas para a produção de saúde (DOMITTI, 2006).

Diante de tudo isto, corroboramos com Bertussi (2010) que entende o matriciamento como uma possibilidade de construção de momentos relacionais em que ocorre a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e corresponsabilizarem-se pelas ações desencadeadas, num processo de produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

As organizações possíveis do Matriciamento

Neste processo de matriciamento constituem-se, necessariamente, duas equipes – a equipe de referência e a equipe de matriciadores – que podem passar de equipes de referência a matriciadores e vice-versa, dependendo da situação-

problema e das negociações pactuadas entre os envolvidos. Por exemplo, uma pessoa que está em tratamento oncológico, poderia ter sua equipe de referência no serviço de oncologia – enquanto dura o tratamento específico – e como matriciadores as equipes da Atenção Básica e os profissionais da Saúde Mental, ou qual outro suporte necessitar; para que então, terminado o tratamento, esta pessoa – que possuía uma questão oncológica – passe a ter como referência uma equipe da Atenção Básica e como matriciador a equipe do serviço de oncologia para acompanhamento da situação, caso necessário (OLIVEIRA, 2011).

Apesar desta possibilidade de equipe de referência passar a equipe matriciadora e vice-versa, o que se vê é que a equipe da Atenção Básica tem assumido prioritariamente o papel de equipe de referência devido a sua posição privilegiada de proximidade que possibilita assegurar a continuidade do cuidado. Por outro lado, de acordo com cada perspectiva e situação local, o Matriciamento tem partido, no caso da Saúde Mental, dos CAPS, ou de equipes próprias criadas com tal proposta – os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – ou ainda de equipes volantes.

Em relação a isto, Dimenstein et al. (2009) defendem que o Matriciamento em Saúde Mental deva partir também do CAPS, uma vez que ocupa lugar central na proposta da Reforma Psiquiátrica, além de estar previsto na política que o sustenta, sua função matricial à Atenção Básica para a inserção da proposta de cuidado à Saúde Mental também neste espaço. Com isto, os CAPS saem de um

espaço tradicionalmente institucionalizado para então realizar um trabalho em conjunto com as equipes da Atenção Básica, que pela proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados as diversas formas de sofrimento psíquico.

Neste contexto, a equipe de referência assume a responsabilidade por gerenciar o cuidado integral da pessoa assistida, o que não significa que ela deva dar conta sozinha de todo o cuidado. Pelo contrário, a lógica do matriciamento apregoa que a responsabilidade seja compartilhada entre profissionais da equipe de referência e da equipe matricial; usuários e familiares, uma vez que todos devem estar imbricados no processo de Promoção à Saúde e Desinstitucionalização do cuidado. A questão é que a proximidade e o vínculo possível desta equipe de referência com o usuário requisitam dela o acompanhamento ao longo do tempo da situação-problema apresentada pelo sujeito em sofrimento. Sendo assim, é esta equipe quem gerencia o cuidado e aciona, normalmente, o matriciador ou a equipe de saúde mental, conforme a necessidade, para, junto ao usuário, elaborar e efetivar o projeto terapêutico singular. Com este arranjo busca-se deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas para reforçar o poder de gestão da equipe interdisciplinar, de modo a horizontalizar relações, contando com a contribuição dos vários profissionais, inclusive dos especialistas, na gestão das ações em saúde integral, por meio do encontro dialogado (CAMPOS, 1999; BRASIL, 2004; CAMPOS; DOMITTI, 2007; MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Os matriciadores matriciais, por sua vez, compartilham também da responsabilidade de ativar coletivos, conectar redes, e incluir os sujeitos e seus conflitos para a composição do cuidado em saúde. Neste sentido, a equipe matriciadora tem a importante função de provocar e ativar espaços coletivos que promovam a interação entre os sujeitos, os diversos setores e atores sociais diretamente imbricados no processo de Promoção à Saúde; com isto, possivelmente, se efetivará também sua tarefa de construção e conexão de redes de compromisso com a produção de melhores condições de vida a todos. Assim, pode-se dizer que o matriciamento “opera em ‘uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente’ trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações” (OLIVEIRA, 2011, p.34).

Em outras palavras, objetiva-se fazer clínica, saúde coletiva e gestão respeitando os saberes técnicos e populares, considerando os interesses e os desejos dos agrupamentos, combinando lógicas distintas. Isso tudo por que se acredita na possibilidade de construção de relações mais democráticas, para a consolidação de um trabalho coletivo, de problematização do que está posto.

Neste contexto, ao agir com os coletivos, os matriciadores com seu saber podem contribuir também para a qualificação/problematização/reflexão do cuidado junto às equipes da atenção básica e, em consequência, a elaboração e a execução do projeto terapêutico singular dos casos mais complexos, podendo compor com os profissionais da equipe de referência o atendimento a estes casos, a visita

domiciliar, o planejamento de uma atividade de grupo, a reorganização de um grupo já desgastado, a leitura de textos, a discussão de casos, dentre outras contribuições possíveis.

Em relação a isto, Figueiredo e Campos (2009) defendem o atendimento conjunto da equipe de referência com o matriciador como um encontro desmistificador do sofrimento psíquico e da doença mental, na direção da redução do preconceito e da segregação da loucura no espaço de cuidado da Unidade de Saúde, além de reforçar a força da interdisciplinaridade. Assim, se configura uma importante possibilidade de aprendizagem *in loco*, uma vez que as equipes podem trocar suas experiências e, então, as equipes da Atenção Básica, por exemplo – que geralmente assumem o papel de equipes de referência – podem se sentir mais seguras de intervir nas situações de exclusão social, violência, luto, perdas em geral, que devem ser acolhidas durante a própria consulta clínica, uma vez que não, necessariamente, requerem um atendimento mais especializado.

Assim, o Matriciamento cumpre também a função de ser regulador de fluxo, já que possibilita o entendimento e a diferenciação dos casos que realmente precisam ser atendidos por equipes especializadas em Saúde Mental e os casos que podem ser acompanhados pela equipe da Atenção Básica, ou pelo menos deveriam ser acolhidos por essa equipe (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Essa diferenciação contribui também para que os sofrimentos decorrentes das adversidades da vida, que na maioria das vezes não necessita de intervenção

medicamentosa, não sejam tomados como doença e, então, não se legitimem como tal um mal-estar que é inerente ao ser humano. Com isto podemos escapar da psicologização dos problemas sociais e da psiquiatrização do sofrimento psíquico, que reproduz a lógica medicalizante na resolução de problemas do cotidiano (CFP, 2009; SOUZA, 2004).

O trabalho com a Saúde Mental exige mais que medicamentos e atendimentos ambulatoriais, requer disponibilidade para escuta qualificada, para a invenção constante, para a desconstrução das respostas prontas e universais, para a construção intersetorial de ações favoráveis à Promoção à Saúde e à troca de saberes e práticas.

Nesta relação, matriciador e equipe de referência se beneficiam. As equipes de referência podem apreender o modo de abordar em Saúde Mental – que certamente não se encerra em um padrão, mas requer certo conhecimento específico – e o matriciador, por sua vez, pode sentir as implicações da proximidade com a clientela assistida e os tensionamentos existentes na Atenção Básica, por exemplo. Assim, este encontro interdisciplinar permite a ambas as equipes trabalharem com a saúde de um modo ampliado e integrado.

Figueiredo (2006) traz um dado interessante quanto aos benefícios que este encontro possa trazer para o matriciador. A autora afirma que o médico psiquiatra, quando matricia uma equipe, tende inicialmente a focar a intervenção na medicação – devido ao seu próprio núcleo de saber – contudo, a partir da

integração com os demais profissionais, passa a fazer reflexão sobre o contexto daquele sujeito para além da medicação.

Desta forma, o Matriciamento se afirma como uma importante estratégia formativa e interativa, que reconhece as diferenças de papéis e de conhecimento e procura, fundamentalmente, estabelecer relações construtivas entre os diferentes atores sociais, aproveitando e considerando as experiências, os desejos e os interesses dos sujeitos. Assim, o Matriciamento atua na produção de outra cultura e de outro modo de subjetivação, que não aquele pautado no corporativismo e na alienação do trabalhador em relação ao resultado do seu trabalho (CAMPOS, 1997; BERTUSSI, 2010).

Neste contexto, o Matriciamento se propõe promover espaços de encontro produtivo que favoreçam a análise dos processos de trabalho e, em consequência, a construção de redes de conversação, de diálogo e de pactuação entre gestão e profissionais; entre os trabalhadores de um mesmo setor e serviço e de setores e serviços diferentes, de uma mesma categoria profissional e de categorias profissionais diferentes; e entre trabalhadores e usuários – tanto incidindo sobre a organização dos processos de trabalho, como sobre a produção do cuidado em si. Neste sentido, Bertussi (2010) anuncia este trabalho como uma prática relacional, que para além da técnica, propicia trocas de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado aos usuários.

O matriciador como um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, pode, assim, colaborar para a ampliação da resolutividade do problema de saúde apresentado pela equipe primariamente responsável pelo caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Vale destacar que o fato de tratar-se de um especialista não deve colocá-lo em uma posição de superioridade em relação aos demais profissionais, como se ele soubesse mais do que os outros e viesse, portanto, trazer a solução para o problema em pauta, isto apenas reforçaria a postura hierarquizada entre quem formula e quem executa, a qual, por muito tempo, tem dificultado a efetivação, por exemplo, das propostas de Promoção à Saúde, do cuidado integral e da desinstitucionalização. Os saberes – sejam eles do especialista, do generalista ou do usuário – são apenas diferentes, uma vez compartilhados, tem condição de promover as mudanças necessárias à Promoção à Saúde.

Neste contexto, não se pode perder de vista que o Matriciamento, assim como qualquer proposta de melhoria do sistema de saúde, tem sua potência, mas não tem onipotência, tem seus riscos. Daí a necessidade de se colocar constantemente em análise o processo de matriciamento, para que então sua função de envolvimento, cogestão e corresponsabilização pela promoção à saúde seja rotineiramente realimentada e não capturada pela lógica tradicional de trabalho limitada ao atendimento clínico curativista e assentada na ideia de que apenas a atuação de um especialista é resolutiva/válida para o tratamento.

Sendo assim, Oliveira (2011) defende a ideia do Matriciamento como uma possibilidade de desconstrução daquele especialismo, que, uma vez sustentado de saberes especializados, constrói dependência, impossibilitando ou desqualificando a emergência de saberes e práticas “informais” ou não reconhecidas pelos “experts”, que igualmente produzem saúde e no caso da saúde mental, inclusive se faz indispensável. Isto porque não se trabalha com padrões, há todo o momento se configura a necessidade de inventar e reinventar outros modos de intervir e abordar o sujeito em sofrimento. Estamos falando de pessoas que se diferenciam uma das outras em sua história de vida e vivências e, igualmente, se reinventam a partir das relações que estabelecem com seu entorno.

Diante disto, a proposta é estender aos demais profissionais – para além daquele que trabalha especificamente as questões da saúde mental – a possibilidade em lidar com os sujeitos em sua complexidade, de modo a incorporar às intervenções, para além das dimensões biológicas e sintomáticas, os aspectos subjetivos e sociais do ser humano, uma vez que tais aspectos transpassam qualquer problema de saúde e devem, portanto, ser abordados em toda relação de cuidado.

Não existe “usuário da Saúde Mental”, trata-se de sujeitos que em determinados momentos podem requerer auxílio de determinada área ou de determinado conhecimento, o que não significa também que o cuidado deva se restringir ao especialista, muitas vezes até é mais resolutivo o apoio daquele profissional que

tem maior vínculo com o usuário, com o qual ele se sente mais à vontade de compartilhar suas questões de vida.

Assim, pretende-se com o matriciamento em Saúde Mental envolver também os profissionais da Atenção Básica no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, as quais, para além deste sofrimento, vivenciam outras dores, carências e necessidades, que merecem atenção. Isto certamente pode garantir a não-cisão mente e corpo, sujeito e contexto social, especialistas e generalistas, saúde mental e as outras áreas da saúde. Todos – profissionais, gestores e usuários – podem produzir atos de saúde cuidadores, que consistem em acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto, favoráveis à reintegração social destas pessoas em sofrimento psíquico (DOMITTI, 2006; BERTUSSI, 2010). Nas palavras de Bertussi (2010, p. 178) trata-se de:

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde.

Para tanto, no Matriciamento em Saúde Mental, alguns conhecimentos e ações reconhecidos historicamente como inerentes à área '*psi*' são compartilhados com os demais profissionais de saúde de uma equipe interdisciplinar, de modo a contribuir para a ampliação de sua clínica e para o acolhimento do usuário que vivencia o sofrimento psíquico (FIGUEIREDO, 2006).

Com isto, não se trata de transmitir aos demais profissionais as especificidades relativas à compreensão dos processos psíquicos e dos modos de intervir nucleares da Saúde Mental que extrapolam a formação destes profissionais não *psi*, mas do compartilhamento de alguns saberes do núcleo profissional *psi* que pode compor o campo dos profissionais de saúde, como, por exemplo, a necessidade de se agir sobre a história de vida das pessoas, independente da categoria profissional. Isto, certamente, contribuirá para a ampliação da capacidade de análise e ação dos trabalhadores no sentido de coprodução de saúde e de autonomia, além de possibilitar a construção de outro saber que se pretende transdisciplinar (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Em relação a isto, o trabalho cotidiano dos serviços de saúde mostra que ao incluir no cuidado em saúde a história de vida do sujeito, o modo como a pessoa entende e vivencia o seu problema de saúde, bem como as relações que a partir daí se estabelecem no meio familiar e social, tem-se a ampliação da resolutividade da ação; e isto independe da categoria profissional que o faz. Um quadro depressivo pode estar expressando a desesperança frente ao contexto de desemprego ou precariedade do trabalho, não necessitando propriamente de um tratamento regular de base psicoterápica ou medicamentosa, mas certamente requisitará a presença, envolvimento e participação do profissional de referência – que possui maior vínculo – que, por sua vez, de preferência, se articulará com a rede para a proposição de alternativas concretas de cuidado (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

Neste contexto, a pretensão é pela mudança da ideia de referência e contra referência para a perspectiva da corresponsabilidade e do trabalho em rede de complementaridade, que certamente possibilitam melhorias na relação das equipes de saúde com os usuários e seus familiares (BRASIL, 2001).

O modelo de referência e contra referência opera no sentido de transferência de responsabilidade, em uma relação vertical com o outro serviço, setor e/ou profissional que recebe por escrito apenas os informes do que já foi feito e deverá devolver outro informe a respeito do procedimento executado. Este modelo caracteriza um sistema burocrático, indutor da fragmentação do processo de trabalho, uma vez que cada profissional executa isoladamente o procedimento que considera mais adequado ao caso, sem, necessariamente, haver uma interlocução entre os envolvidos no processo de cuidado àquele usuário. É sabido que na maioria das vezes sequer há o compartilhamento de informações, conforme previsto pelo modelo, o usuário é encaminhado com a guia de referência, mas não retorna com o formulário de contra referência. Com isto a responsabilidade pelo caso é, ao mesmo tempo, de todos e de ninguém (DOMITTI, 2006; MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Ao contrário, a perspectiva do Matriciamento é que se construa e se ative espaços de comunicação ativa para o compartilhamento de dificuldades, saberes e práticas entre profissionais de referência e matriciadores com vistas à produção de uma rede de cuidado propícia a equacionar os problemas de modo integral,

não perdendo de vista o objetivo de sempre buscar promover a autonomia dos usuários. A intenção é estimular e facilitar o contato direto entre as equipes envolvidas nesse processo de cuidado, gerando experiência para ambas.

Neste sentido, o contato deve se estabelecer por meio da combinação de encontros periódicos e regulares, semanais, quinzenais; ou ainda – nos casos imprevistos e urgentes em que não é possível esperar a reunião regular – por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao usuário, solicitando algum tipo de intervenção ao matriciador (DOMITTI, 2006).

Assim, altera-se também o papel e o modo de operar das Centrais de Regulação, que não mais definem a distribuição de vagas para os especialistas, essa definição pelo acesso de um caso a um apoio especializado passa a ser tomada pela equipe de referência e matriciadores de modo interativo, de acordo com a análise prévia feita por estes profissionais sobre o caso em questão. Desta forma, a Saúde Mental sai do núcleo especializado para transitar no fazer das equipes dos vários serviços da sociedade (FIGUEIREDO, 2006. CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2011).

Diante de tal configuração, o regulador assume o papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre equipe referência e equipe de matriciadores. Com isto, acredita-se no empoderamento

dos profissionais de saúde, que assumem a responsabilidade de reguladores do sistema, a partir de suas próprias tomadas de decisão, em conformidade com as diretrizes do SUS. Além de assegurar que os casos com maior gravidade tenham atenção prioritária, fazendo valer o princípio da equidade do acesso aos recursos disponíveis no sistema (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2011).

Vale destacar que nada disto se efetiva sem a garantia da existência de espaços coletivos, que assegurem a estes profissionais algum grau de cogestão e de democracia institucional, de modo que eles atuem nos processos decisórios de suas práticas, definindo as metas, os objetivos, os “protocolos” de cuidado, as condutas clínicas e as prioridades, participando, portanto, desde a elaboração do projeto até sua efetiva implantação. Em outras palavras, faz-se importante que estejam disponíveis condições coletivas reais para que as pessoas possam participar, tanto da elaboração, quanto da execução dos projetos em saúde, analisando de modo coletivo todos os entraves que obstaculizam várias atividades propostas pelo SUS.

Ao contrário, “um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores” (CAMPOS, 1999, p.395), já que a questão que deveria mobilizar o grupo não foi co-construída num coletivo que envolvesse todos os atores implicados. Como resultado tem-se ações descontextualizadas da realidade da comunidade e dos interesses e pretensões dos atores diretamente vinculados às ações propostas.

Neste contexto não há lugar mais propício a tais negociações cotidianas a respeito do trabalho em saúde que a própria reunião da equipe da atenção básica. Certamente estes encontros podem acontecer em outros espaços e de outras formas, como já mencionamos, contudo, a reunião de equipe, como um espaço em tese já existente, tem possibilidade de se configurar um grupo, para se pensar, por exemplo, as metas de Promoção à Saúde e Desinstitucionalização do cuidado.

Para além destes espaços de encontro, a efetivação do Matriciamento depende ainda de outras condições, tais como: envolvimento de todos os níveis de gestão, organização do processo de trabalho, de agenda e de fluxo, disponibilidade de uma rede de serviços que garanta retaguarda assistencial, disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, bem como a reformulação da mentalidade do setor saúde, de modo que garantam a participação de todos na elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos (DOMITTI, 2006).

Assim, desprende-se da concepção de que a gestão cabe única e exclusivamente a gerentes e passa a enxergá-la como um processo de negociação permanente entre cada sujeito e seu entorno, efetivando a cogestão do cuidado em saúde, que consiste na:

(...) diminuição da cegueira dos grupos diante da força do cotidiano, de construir parcerias antes não imaginadas, de descobrir alternativas antes impensadas, mais, principalmente, é uma maneira de obrigar os técnicos a considerar os valores e a cultura da comunidade sem a qual não há

mudança. E, principalmente, é uma forma de envolver as vítimas na luta contra o contexto que as oprime (Campos, 2003, p.33).

Neste sentido, estamos falando da capacidade do matriciamento em facilitar, por meio de sua proposta de cogestão, a construção de redes conectadas e solidárias, de espaços de controle social, de parcerias intersetoriais, de Promoção à Saúde, de análise do cotidiano, do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço – que deve se dar a partir das necessidades dos sujeitos, das famílias, do território e da rede de relações que nele acontecem. Além disto, como trazido por Oliveira (2011) acredita-se que o Matriciamento possibilite o reconhecimento de que não há autossuficiência de saberes no campo da saúde e assim possa despertar em cada um o interesse em aprender algo novo/diferente e se beneficiar do compartilhamento desses saberes.

Referências

BERTUSSI, D. C. **O Apoio Matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**: Relatório Final da Oficina de Trabalho. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2015. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e Apoio Matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde. In: Merhy EE. e Onocko R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo, Editora: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. 172 p.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

DOMITTI, A.C. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado matricial na Atenção Básica de Saúde**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica**: Um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saude em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.79, p. 143-149, 2009b.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na coprodução de saúde e autonomia. In: Gastão Wagner de Sousa Campos, André Vinícius Pires Guerreiro. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p.154-178.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de Apoio Matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, p. 900-907, 2010.

OLIVEIRA, G.N. de. **Devir Apoiador**: Uma Cartografia da Função Apoio. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

SOUZA, A.C. **Em tempos de PSF**: novos rumos para atenção em Saúde Mental? 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

4.3 ESTUDO 3⁹

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: UMA HISTÓRIA MUNICIPAL

Resumo: Objetivou-se discutir a história do Matriciamento em saúde mental no município de Vitória-ES, por meio da análise de documentos e entrevistas semiestruturadas. Apreendeu-se que este Matriciamento vem construindo um movimento de se reinventar, para uma organização condizente com a realidade local, tendo como resultado a redução do número de internações psiquiátricas e ampliação da apropriação da Atenção Básica pela temática da saúde mental e dos CAPS pela temática da Atenção Básica. Contudo, há necessidade de intensificação dos espaços coletivos de análise deste Matriciamento, para que tal estratégia não se perca em hierarquizações e especialismos.

Palavras-chave: Matriciamento, Saúde Mental, Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Saúde.

MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH: A CITY'S HISTORY

Abstract: We aim to discuss the mental health Matrix Support history in city of Vitória, Espírito Santo, Brazil, through the analysis of documents and semi-structured interviews. We apprehend that the mental health's matrix support can

⁹ Este estudo foi aceito para publicação no Journal Health Psychology.

constantly reinvent itself, in a more interesting organization to the city's reality, causing visible reduction of psychiatric hospitalizations and closest approach of primary care with the topic of mental health, and CAPS with the topic of primary care. However, there is need to intensify collective spaces of analysis over this matricial support, so that such a strategy is not lost in hierarchies and specialisms.

Keywords: Matrix Support, Mental Health, Primary Care, Psychosocial Care Center, Primary Care Units.

Introdução

O Matriciamento em saúde mental se consolidou com este nome em 2003, quando o Ministério da Saúde (MS) conceituou tal estratégia e sugeriu um modo de organização das ações de Matriciamento, bem como as responsabilidades que deveriam ser compartilhadas entre equipes matriciais de saúde mental e equipes da Atenção Básica.

Segundo o MS (BRASIL, 2003), o Matriciamento consiste em um arranjo organizacional no qual uma equipe, por meio do compartilhamento de saberes, experiências e responsabilidades, presta suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde à população. Assim, "equipes matriciais" junto às "equipes da Atenção Básica" podem proporcionar um cuidado integral em saúde, de modo a excluir a lógica de

encaminhamentos, que faz com que o sujeito transite de um serviço a outro sem que seu problema seja necessariamente cuidado.

Deste modo, o MS (BRASIL, 2003) sugeriu a seguinte organização: onde houvesse Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou outros equipamentos de saúde mental, os profissionais destes serviços deveriam exercer o Matriciamento às equipes da Atenção Básica, programando suas cargas horárias de trabalho para encontros semanais.

Por outro lado, nos municípios onde o número de CAPS fosse insuficiente para garantir tal Matriciamento ou naqueles em que não houvesse serviço de saúde mental, dever-se-ia ampliar os serviços de saúde mental, com a implantação de CAPS, ou a criação de equipes matriciais especificamente para esta função, compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista com especialização em saúde mental), dois técnicos de saúde de nível superior e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2003).

Cada equipe matricial deveria dar suporte para no mínimo 6 e no máximo 9 equipes de Saúde da Família (eSF) ou para grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes. Em caso de municípios com menos de 20 mil habitantes, as equipes poderiam ter uma composição mais simples: um médico generalista com especialização em saúde mental e outro técnico de saúde mental de nível superior (BRASIL, 2003).

Assim estruturado, as equipes matriciais de saúde mental e as equipes da Atenção Básica deveriam compartilhar a responsabilidade de cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, incluindo casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, usuários egressos de internações psiquiátricas, pessoas atendidas nos CAPS, sujeito em tentativa de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar (BRASIL, 2003).

Para tanto, tais equipes estariam em contato contínuo para efetivação de ações envolvendo discussões destes casos, atendimentos compartilhados, processos de formação em serviço e mobilização de dispositivos comunitários.

Nesta perspectiva, o município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo (ES), iniciou em 2007 o trabalho de Matriciamento em saúde mental – primeiro Matriciamento instituído no município. Vale destacar que Vitória possuía uma rede de saúde básica diferenciada em relação à maioria das cidades do país. Já em 2007, a rede de saúde municipal contava com os seguintes profissionais na Atenção Básica: assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra, profissional de educação física, psicólogo e sanitarista; o que se entendia favorecer um cuidado integral em saúde. Por outro lado, o município contava com apenas um CAPS II e um CAPS AD, possivelmente insuficiente, conforme indicado pelo MS (BRASIL, 2007), para atender a uma população de mais de 300 mil habitantes, como de Vitória.

Diante deste contexto, consideramos pertinente descrever e discutir a história do Matriciamento em saúde mental no município de Vitória-ES, ponderando sobre possíveis interferências dessa realidade para efetividade de um cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. Nesta discussão pontuamos também os avanços alcançados e os desafios a serem transpostos, com vista a contribuir para a consolidação do Matriciamento no cuidado em saúde mental.

Método

Realizou-se análise de cinco documentos relacionados ao Matriciamento em saúde mental no município, bem como entrevista individual semiestruturada com o coordenador da área técnica de saúde mental do município da época da implantação do Matriciamento em Vitória e com o atual coordenador da área técnica de saúde mental.

Foram disponibilizados e analisados os seguintes documentos: “Territorialização das ações dos CAPS” (VITÓRIA, 2006), “Saúde Mental na Atenção Básica” (VITÓRIA, 2007a), “Equipes Regionais de Saúde Mental: apoio matricial à Atenção Básica” (VITÓRIA, 2007b), “Sistematização: apoio matricial em saúde mental” (VITÓRIA, 2009) e “Sistematização do Apoio Matricial em Saúde Mental” (VITÓRIA, 2012); todos elaborados pela área técnica de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS).

A partir daí compomos este estudo no formato de uma história, de modo que as informações das entrevistas foram complementando os dados trazidos pelos documentos e vice-versa. Vale destacar que tais entrevistas colheram as percepções dos coordenadores a respeito do Matriciamento, para além de preencherem pontos dessa história que não estavam contidos nos documentos. Para garantir o anonimato dos entrevistados não diferenciamos as informações trazidas por um ou outro coordenador. Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo e pela SEMUS.

Apresentação e discussão da história do Matriciamento em Vitória

Contextualizando Vitória

O município de Vitória tem população de 330.526 habitantes, distribuídos em uma área de 98,194 Km², com grande nível de urbanização (IBGE, 2011). Em relação à organização territorial da Saúde, Vitória está dividida em seis regiões de saúde, cada qual abrange um território específico com seus diversos serviços.

Atualmente, são 30 Unidades de Saúde (US), Centro de Referência em Atendimento ao Idoso, Centro de Referência em DST/AIDS, CAPS Adulto, CAPS Infanto-juvenil, CAPS Álcool-Drogas (CAPS AD), Serviço de Residência Terapêutica, equipes de Consultório na Rua, Serviço de Atendimento a Vítimas de

Violência, Serviço de Vigilância Sanitária, Centro de Vigilância em Saúde Ambiental, Escola Técnica de Formação do profissional de saúde, Centro de Controle de Zoonoses, Centro Municipal de Especialidades, Pronto Atendimento 24 horas e Centro de Especialidades Odontológicas.

Vale esclarecer que os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários, substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos, voltados ao cuidado, reinserção social e promoção à saúde das pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2007).

As Residências Terapêuticas, por sua vez, são locais de moradia para pessoas com transtornos mentais que permaneceram por longo período em internação psiquiátrica e por algum motivo não conseguiram retomar o convívio familiar. Já os Consultórios na Rua consistem em equipes multiprofissionais itinerantes, que atuam nas ruas, desenvolvendo ações de cuidado às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012).

Em relação às condições de trabalho, destaca-se que 90% dos profissionais da SEMUS são servidores públicos, o que significa que o município vivencia uma realidade de elevada estabilidade das relações de trabalho e pouca rotatividade de seus trabalhadores. Essa situação pode contribuir para maior efetividade, eficácia e continuidade de propostas de trabalho como do Matriciamento, pela

possibilidade de ampliação da vinculação dos profissionais de saúde às perspectivas trazidas por essa estratégia de cuidado e aos usuários, que requisitam um acompanhamento longitudinal de sua situação de saúde.

Contudo, o município convive com outras dificuldades, como de ainda não ter governabilidade de todo sistema de saúde, como vivido por vários municípios no país. Atualmente Vitória só tem gestão sobre a Atenção Básica e alguns dispositivos de média complexidade, não tendo poder de gerência dos serviços estaduais ou federais que funcionam na cidade, como serviço de remoção em crise, pronto-socorro, hospitais gerais, entre outros.

Tal situação prejudica a efetividade de um trabalho articulado entre os serviços municipais e a retaguarda especializada às pessoas em sofrimento psíquico – como, serviço de remoção em crise; atendimento em pronto-socorro e vagas para internação em situações de crise/urgências/emergências – e, conseqüentemente, a consolidação de uma proposta singular de cuidado integral em saúde mental (ROMANHOLI, 2004).

Ainda em relação à organização da saúde mental de Vitória, vale acrescentar que em 2000, elaborou-se a Política de Saúde Mental do município, a qual se assemelha a Política Nacional e define as prioridades e diretrizes desta área, destacando a necessidade de integração das ações dos diversos serviços e setores entre si para a consolidação da integralidade.

No mais, desde o lançamento da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) para organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde mental foi incluída nas prioridades deste município, para além das ações de Saúde do Idoso, controle de DST/AIDS e das sete áreas estratégicas de ação na Atenção Básica estabelecidas por esta norma para execução em todo país (ROMANHOLI, 2004). Isto certamente marca a presença da saúde mental na agenda deste município, desde 2000, independentemente de ter ou não acontecido mudanças efetivas neste campo.

Em relação ao Matriciamento em saúde mental, atualmente, o município conta com a seguinte organização: os três CAPS existentes em Vitória trabalham com a proposta do Matriciamento junto as 30 US do município, com suas 78 eSF, 4 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), além das 4 Unidades Básicas sem Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sem EACS.

Discussões e pactuações para o início do Matriciamento em Saúde Mental

Em meados de 2006, no início das discussões sobre as possibilidades de implantação do Matriciamento em saúde mental, tinha-se o seguinte contexto: os dois CAPS existentes em Vitória eram referências para a população de toda a região metropolitana e até mesmo para cidades do interior do Estado, o que

dificultava, conforme relatado nas entrevistas, o desenvolvimento de ações territoriais (VITÓRIA, 2006).

Além disto, as US, apesar do compromisso de cuidar de toda a população adscrita, independente da questão de saúde-doença apresentada, demonstravam certa resistência e dificuldade em acolher aquelas pessoas em sofrimento psíquico, as quais, muitas vezes, não circulavam nos espaços das US, nem de seu território de moradia. “Em sua maioria, não há abertura para o atendimento dos usuários tidos como ‘portadores de transtornos mentais graves’ ou usuários de álcool e outras drogas que, quando aparecem ali, são logo encaminhados para outros serviços” (VITÓRIA, 2006, p. 03).

Diante deste contexto, em novembro de 2006, a área técnica de saúde mental da SEMUS confeccionou o documento intitulado “Territorialização das ações dos CAPS”, e iniciou uma discussão, junto aos CAPS, sobre o papel destes serviços funcionarem de acordo com a lógica territorial.

Este documento ainda não trazia exatamente a proposta do Matriciamento pelos CAPS, mas com este nome de “territorialização” tinha-se a intenção, próxima à do Matriciamento, de desenvolver ações em parceria com a rede básica para potencializar as práticas dos CAPS e das US no cuidado em saúde mental, em conformidade a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (que regulamenta o funcionamento dos CAPS) (VITÓRIA, 2006).

A partir daí indicou-se alguns passos operacionais para a aproximação dos CAPS com as US: definição de dois profissionais de cada CAPS como referência “matricial” para cada uma das seis regiões de saúde de Vitória; levantamento dos usuários atendidos nos CAPS por região e por US, para que a equipe dos CAPS se apropriasse da rede de atenção do município e da distribuição das US por regiões. Neste momento, a área técnica de saúde mental participava também das reuniões dos Conselhos de Gestores Regionais (COGER) para discutir a função matricial e os principais problemas da região com relação à atenção em saúde mental; além de promover reuniões nas US com a mesma intenção de discussão da perspectiva de estreitamento dos laços da saúde mental com a Atenção Básica (VITÓRIA, 2006).

Naquele momento, como descrito pelos entrevistados, certas resistências a esta aproximação se estruturaram por parte da Atenção Básica e dos CAPS, que necessariamente, deveriam ter seus processos de trabalho transformados, de modo a enfrentar as mudanças que esta proximidade ocasionaria.

Contudo, esta proposta se manteve e paralelamente a essas discussões junto aos CAPS, COGER e US, o município promoveu concurso público, que resultou na incorporação à rede de saúde, em fevereiro de 2007, de grande contingente de profissionais de diversas categorias, incluindo psicólogos e assistentes sociais em todas as US de Vitória.

Neste momento, enviou-se aos diretores das US um documento, “Saúde Mental na Atenção Básica”, para ser repassado aos profissionais recém-chegados, com orientações referentes às ações em saúde mental que necessitavam ser desenvolvidas em nível local para a construção contínua de um cuidado integral em saúde. Neste documento já se previa a efetivação do Matriciamento por profissionais da área técnica de saúde mental, dos CAPS e de equipes específicas para a realização deste trabalho, os quais deveriam dar suporte à Atenção Básica no processo de apropriação deste cuidado em saúde mental por todos das US (VITÓRIA, 2007a).

O documento sugeria que os profissionais da Atenção Básica, envolvidos com a saúde mental, realizassem as seguintes ações locais: levantamento e cadastro de pessoas com transtorno mental grave; conhecimento e contato sistemático com a rede social local; organização da demanda via grupos de acolhimento; realização de grupo de apoio aos agentes comunitários de saúde na identificação e abordagem de situações de sofrimento psíquico e uso prejudicial de álcool e outras drogas; realização do parâmetro de 70% de ações coletivas e 30% de ações individuais; dentre outras atividades (VITÓRIA, 2007a).

Na ocasião, parte das US conseguiu efetivar estas ações propostas, tanto que a pesquisa realizada em 2008, em relação às ações feitas por psicólogos em US de Vitória, apontava mudanças importantes relativas às práticas de cuidado em saúde mental, anteriormente restritas ao atendimento clínico-individual pelo

especialista psi, passando agora a incluir neste cuidado ações coletivas promotoras de saúde (IGLESIAS, GUERRA, SOARES et al., 2009).

Neste contexto, em 2007, em prosseguimento às discussões sobre a necessidade de aproximação da saúde mental com a Atenção Básica, foram convocados psicólogos e psiquiatras para comporem equipes voltadas especificamente ao exercício da função matricial (conforme previstas pelo MS para municípios com número insuficiente de CAPS para prestar Matriciamento, que no caso do município de Vitória, contava, naquela ocasião, com apenas dois CAPS). Contudo, por insuficiência desses profissionais para comporem equipes para as seis regiões de saúde do município, apenas três regiões foram contempladas com o apoio dessas equipes – chamadas de “equipes regionais de saúde mental” – além do matriciamento dos CAPS.

Vivência do Matriciamento em Saúde Mental

O Matriciamento em saúde mental em Vitória começou a ser efetivado com esse nome, propriamente dito, em 2007, sendo organizado da seguinte forma: das seis regiões de saúde existentes, três contavam com o Matriciamento ofertado por duplas de profissionais dos CAPS e pelas equipes regionais de saúde mental. As outras três regiões de saúde vivenciavam apenas o Matriciamento realizado pelos CAPS.

Na ocasião a área técnica de saúde mental emitiu outro documento, “Equipes Regionais de Saúde Mental: apoio matricial à Atenção Básica”, que argumentava sobre a necessidade do cuidado contínuo à pessoa em sofrimento psíquico e sobre a responsabilidade também da Atenção Básica neste cuidado em saúde mental; além de menção à política de humanização do SUS, à clínica ampliada, à atenção psicossocial e à eliminação da “lógica de encaminhamento simples e automático dos usuários para serviços mais complexos”, prática descrita como impeditiva ao acompanhamento longitudinal das pessoas em sofrimento psíquico e à criação de vínculos destes usuários com as US (VITÓRIA, 2007b, p. 01).

O objetivo do Matriciamento, descrito neste documento, consistia em efetivar uma atuação intersetorial e interdisciplinar em saúde e fortalecer a Atenção Básica no cuidado em saúde mental, com vistas à oferta de um tratamento mais próximo ao usuário, junto à equipe de saúde que o conhece há mais tempo (VITÓRIA, 2007b).

Vale destacar que nesse momento todos os profissionais dos CAPS assumiram o papel de matriciadores, independente da categoria profissional, do nível de escolaridade e da experiência que possuíam em saúde mental. Segundo um dos entrevistados, a intenção com essa organização era evitar qualquer fragmentação interna ao serviço, de modo a implicar os CAPS como um todo nesta proposta recém-iniciada.

Segundo relatos das entrevistas, a estratégia de inclusão de todos os profissionais neste trabalho foi vivenciada e considerada importante, no que diz respeito ao envolvimento, ciência e prática de todos os profissionais dos CAPS neste trabalho; conhecimento da cidade por estes trabalhadores – favorável também ao trabalho interno aos CAPS; formação compartilhada entre os profissionais recém-chegados; dentre outras vantagens. Contudo, os entrevistados reconhecem também o prejuízo de não terem ofertado uma formação específica sobre a lógica matricial, a fim de evitar certos conflitos de entendimentos entre os profissionais da Atenção Básica e os matriciadores.

As equipes regionais de saúde mental, segundo os entrevistados, também não tiveram este momento de formação para este trabalho; o Matriciamento foi se construindo em cada região de saúde de acordo com as realidades e demandas.

Isto se faz interessante na medida em que não se enquadra o Matriciamento em um modelo pronto e acabado, mas entendemos que há necessidade de certa linha-guia, construída em comum acordo entre equipes da Atenção Básica e equipes matriciais, a qual defina responsabilidades, diretrizes clínicas e sanitárias.

Em relação à presença dos matriciadores nas Unidades, nas regiões com equipe regional, a cada dia da semana esta equipe estava em uma US, desenvolvendo atividades propostas de Matriciamento. Nestes casos, a presença dos matriciadores dos CAPS estava garantida sempre que necessário à ampliação, por exemplo, de alguma discussão de caso (VITÓRIA, 2009).

Já nas outras três regiões sem equipes regionais, o Matriciamento era realizado por profissionais dos CAPS e profissionais da área técnica de saúde mental, os quais estavam na US sempre que solicitados para discussão de casos com construção conjunta de projeto terapêutico singular, atendimentos e visitas compartilhadas, reuniões com parceiros diversos, orientação e supervisão de medicação de manutenção, execução de momentos de formação em serviço (VITÓRIA, 2007b).

Além destes encontros com a Atenção Básica, segundo os entrevistados, a área técnica de saúde mental realizava, mensalmente, desde o ano da implantação do Matriciamento, as reuniões regionais de saúde mental com vistas à organização coletiva deste processo de trabalho em saúde mental.

Contudo, estas reuniões foram extintas em 2013 com a mudança de governo, mesmo este espaço estando previsto em documento próprio (VITÓRIA, 2007b) como responsabilidade mensal de realização pela área técnica de saúde mental e a maioria dos envolvidos, como descrito nas entrevistas, pontuarem a sua importância para a manutenção deste trabalho e construção cotidiana de rede em saúde.

No entanto, o documento, que orienta a realização mensal dessas reuniões, não possui qualquer força legal que obrigue o município garantir esses espaços de encontro; trata-se de instrução de trabalho emitida pela área técnica de saúde

mental, hierarquicamente inferior no organograma à administração pública municipal.

Isto aponta para o prejuízo da inexistência de uma política ou devido registro associado a este trabalho, a ponto que, com a mudança de governo, os trabalhos desenvolvidos e conquistados sofrem um abalo negativo, que pode vir a comprometer esta proposta de cuidado em saúde mental.

Assim, como trazido nas entrevistas, atualmente, a efetivação do Matriciamento parece estar associada principalmente a disponibilidade pessoal dos profissionais em fazer valer esta proposta. Isto, certamente, é importante, uma vez que as políticas, ações e práticas cotidianas dependem necessariamente de pessoas para acontecerem; todavia faz-se importante também o investimento institucional do município, com certa definição de propósitos, para que o Matriciamento não se perca em pessoas, se desfazendo com as inevitáveis saídas e/ou mudanças de profissionais de seus locais de trabalho.

Sistematização e reformulação do Matriciamento

Após dois anos de funcionamento do Matriciamento pelos CAPS e pelas equipes regionais, a área técnica de saúde mental organizou um documento de sistematização deste trabalho para análise destes anos de Matriciamento. Constam neste documento um resgate histórico do Matriciamento em Vitória e os objetivos desta estratégia de trabalho, além do apontamento das dificuldades e

dos elementos facilitadores percebidos nestes anos de Matriciamento (VITÓRIA, 2009).

A partir dessa análise, identificou-se uma ampliação considerável do cuidado em saúde mental pelas US, com redução dos índices de internação psiquiátrica. Isto se relaciona, segundo descrito neste documento, ao crescimento da implicação da Atenção Básica no cuidado em saúde mental, possibilitada também pela redução dos preconceitos e fantasias ligadas à loucura, consequência das discussões frequentes suscitadas pelos encontros matriciais (VITÓRIA, 2009).

Em relação à redução das internações psiquiátricas, de acordo com DATASUS, de 2007 – ano de início do Matriciamento em Vitória – para 2008, ocorreu uma redução de 46% nas internações psiquiátricas de residentes deste município. A partir do segundo ano de Matriciamento a diminuição das internações foi ainda maior, 56%, (2010 comparado a 2008), com redução de 45,6% com relação à média de internações nos 10 anos anteriores ao início do Matriciamento. Outros fatores podem estar associados a estas reduções, contudo, não se pode descartar o fato desta diminuição coincidir com o ano de intensificação desta aproximação da saúde mental com a Atenção Básica por meio do Matriciamento (OLIVEIRA, 2011).

Vale ressaltar ainda, conforme informações das entrevistas, que nesta trajetória, ocorreu no município a descentralização da assistência farmacêutica, o que contribuiu consideravelmente para os propósitos do Matriciamento em Vitória.

Em outras palavras, a dispensação e distribuição de medicamentos psicotrópicos – antes restritas a algumas farmácias municipais àqueles usuários cadastrados no “Programa de Saúde Mental” e com receita emitida pelo psiquiatra – passaram a acontecer em todas as farmácias das 30 US do município, a partir da prescrição por qualquer médico do SUS. Sendo assim, as pessoas em sofrimento psíquico, a fim de adquirir seus psicotrópicos, passaram a circular com maior frequência pelas US, requerendo destes serviços maior problematização do modo de lidar cotidianamente com estes usuários.

Esta sistematização realizada pela área técnica elencou ainda alguns elementos descritos como facilitadores do matriciamento: interesse dos profissionais em participar; envolvimento das gerências dos serviços – que acreditando no processo têm força para impulsionar outros profissionais a se envolverem neste trabalho de cuidado – e existência de reuniões nas US, com discussões em saúde mental (VITÓRIA, 2009).

Por outro lado, conforme indicado nesta sistematização e nas entrevistas, identificaram-se também dificuldades importantes vivenciadas por algumas Unidades em relação a este Matriciamento, destacam-se: restrição das discussões de casos de saúde mental aos dias em que o matriciador estava presente na US; confusão por parte das US em relação a que apoio contatar para Matriciamento em saúde mental nos momentos em que a equipe regional não estava presente naquela Unidade; centralidade do médico psiquiatra e dos

psicotrópicos no cuidado em saúde mental; restrição do matriciamento a marcação de consulta com o psiquiatra, caracterizando um “ambulatório ambulante” (VITÓRIA, 2009).

Outro problema, conforme relato das entrevistas, foram as dificuldades relacionais identificadas entre algumas equipes regionais e matriciadores dos CAPS. Por vezes as equipes regionais configuravam-se como intermediárias na relação entre Unidade e CAPS, sem necessariamente, manterem uma proximidade com os CAPS.

Acontecia das equipes regionais, após discussão com a Atenção Básica, indicarem um usuário para acompanhamento no CAPS, e este serviço dar outro encaminhamento ao caso, remetendo-o novamente a US. Configurava-se, nestes casos, um desencontro de informações e entendimentos sobre a indicação de acompanhamento pelos CAPS. Essa situação gerava certa confusão e contrastava visivelmente a perspectiva do Matriciamento de compartilhamento e parceria no cuidado em saúde.

Como descrito por documento emitido pela SEMUS, o Matriciamento relaciona-se ao compartilhamento de cuidado em saúde mental, o que remete a necessidade dos serviços trabalharem juntos também a atenção àqueles casos “que não se enquadram” nem nas Unidades, nem nos CAPS, nem nos ambulatórios especializados e nem nos hospitais. Para tanto, faz-se indispensável a

flexibilização da atenção a partir das necessidades apresentadas, superando algumas regras burocráticas, que limitam o cuidado integral (VITÓRIA, 2007b).

Seguindo no levantamento das dificuldades vivenciadas por esta configuração de Matriciamento, identificou-se, segundo um dos entrevistados, uma fragmentação interna as equipes regionais. Psiquiatras e psicólogos dessas equipes agiam muitas vezes separados, sendo que cada qual realizava o Matriciamento do modo como entendia ser mais adequado, sem necessariamente realizar a troca destes entendimentos.

Todas essas dificuldades identificadas apontavam para o risco deste modelo gerar uma desimplicação da Atenção Básica com o cuidado em saúde mental e alimentar a lógica dos especialismos, contrariando a proposta matricial. O matriciamento deve trabalhar justamente pela desconstrução da lógica dos especialismos, a qual adota uma perspectiva fragmentada de saúde e de processo de cuidado (DIMENSTEIN, SEVERO, BRITO, et al, 2009).

Diante de tudo isto e frente à dificuldade em manter e ampliar aquelas equipes regionais para as seis regiões de saúde – por questões relativas a recursos humanos – a SEMUS optou por desfazer as equipes regionais, passando o Matriciamento acontecer unicamente junto aos CAPS nas seis regiões de saúde do município.

Neste contexto, em 2009, a área técnica de saúde mental fez circular outro documento, “Apoio Matricial em Saúde Mental”, próximo em seu texto ao documento “Equipes Regionais de Saúde Mental: Apoio matricial à Atenção Básica”, anunciando as equipes dos CAPS e a área técnica de saúde mental como agentes do Matriciamento e incluindo em seus objetivos a ampliação do acesso do usuário aos cuidados em saúde mental (VITÓRIA, 2009).

Desta forma, aqueles profissionais das equipes regionais foram lotados nos CAPS, com vistas também a ampliação do Matriciamento a partir destes serviços. Contudo, ainda era elevada a proporção de equipe apoiada por matriciador; cada dupla de profissionais dos CAPS estava vinculada a uma região de saúde para Matriciamento em saúde mental, o que significava apoio para uma média de 12 eSF e grupos populacionais de 52 mil habitantes (quase o dobro da máxima indicada inicialmente pelo MS de 30 mil habitantes e 9 equipes).

Cabe pontuar que essa função matricial era exercida pelos profissionais dos CAPS em paralelo as atividades internas executada por esses mesmo profissionais no serviço, o que comprometia a garantia da regularidade de encontros matriciais dos CAPS com a Atenção Básica. Por outro lado, o fato dos matriciadores manterem sua participação nas atividades internas ao CAPS contribuía, conforme apontado nas entrevistas, para a efetividade das discussões, parcerias e indicações ao CAPS realizadas pelo Matriciamento.

Desta forma, apesar das reclamações e resistências ao desmantelamento daquelas equipes regionais e a manutenção do Matriciamento unicamente pelos CAPS, esta outra organização, segundo os entrevistados, incitou um maior envolvimento de algumas Unidades no cuidado em saúde mental. O fato dos matriciadores dos CAPS não estarem disponíveis com a mesma frequência das equipes regionais, fez com que os profissionais das US se organizassem para garantir o cuidado àqueles usuários, que agora circulavam pela Unidade e requeriam o seu direito de ser cuidado também pela Atenção Básica.

Os CAPS, por sua vez, que estavam antes meio isolados na rede, passaram a exercer mais fortemente sua função de articulador da rede de atenção em saúde mental, por meio do Matriciamento. Assim, os CAPS e as US organizaram seus processos de trabalho para garantir a manutenção do acesso ao cuidado pelas pessoas em sofrimento psíquico, as quais passaram a ganhar visibilidade nos espaços da cidade (OLIVEIRA, 2011).

Momentos atuais do Matriciamento

Em fevereiro de 2012, a área técnica de saúde mental organizou outra sistematização do processo de Matriciamento, resgatando os objetivos dessa estratégia e a história destes anos de Matriciamento no município, além das ações matriciais desenvolvidas até aquele momento (VITÓRIA, 2012).

Neste documento constava ainda a descrição dos CAPS (agora incluindo o CAPS infanto-juvenil) como agentes do Matriciamento. Chama atenção o fato da Atenção Básica não estar incluída como agente desse trabalho, majorando o risco de se afirmar um processo unilateral, no qual os “especialistas” ofertam Matriciamento e a Atenção Básica recebe Apoio.

O Matriciamento se efetiva em toda sua potencialidade a partir do envolvimento de todos os interessados na temática, incluindo principalmente a Atenção Básica como agente deste processo. Assim é possível que os papéis de “matriciador” e “matriciado” não fiquem fechados em pessoas ou equipes específicas; mas possam co-emergir em ato, no encontro, a partir da situação que se apresenta (OLIVEIRA, 2011).

Seguindo na sistematização realizada em 2012, definiram-se certas condições mínimas à Atenção Básica para que as reuniões matriciais acontecessem: existência de reunião de equipe na US; discussão prévia por parte da US do caso em questão e elaboração de relatório - enviado ao CAPS - contendo histórico da situação, ações já realizadas e pontos a serem discutidos na reunião matricial (VITÓRIA, 2012).

Além disto, constava que atendimentos e visitas compartilhadas só aconteceriam com a presença de profissionais da US - no caso de US com ESF, para além do agente comunitário de saúde. Em caso de consulta compartilhada com o

psiquiatra, o médico da Unidade deveria necessariamente estar presente, para garantir a continuidade do acompanhamento do caso pela US (VITÓRIA, 2012).

A partir desta sistematização percebeu-se a necessidade de outras costuras de rede, uma vez que, por exemplo, o ambulatório de psiquiatria do município ainda encontrava-se isolado do restante dos serviços de cuidado em saúde mental. Além disso, o município convivia com a insuficiência de retaguarda para as situações de urgência, com expressivas dificuldades de cobertura e resposta do SAMU e Pronto-Socorro a estes casos (VITÓRIA, 2012). Como destaca Oliveira (2011) a operacionalização do Matriciamento depende de um conjunto de condições, como, cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores; rede de serviços disponível e organização dos processos de trabalho.

Neste contexto, segundo informações das entrevistas, foram se configurando várias visões e vivências de Matriciamento. Tiveram US em que o Matriciamento conseguiu envolver várias categorias profissionais neste processo para o cuidado em saúde mental; existiram também aquelas em que a participação, por parte da Atenção Básica no Matriciamento, se limitou a presença da psicologia e outras em que profissionais de outras categorias assumiram este papel de articulador em saúde mental, uma vez que nestes casos a psicologia não se apropriou da proposta.

Por fim, essa sistematização visualizou avanços importantes para área de saúde mental: ampliação do acesso e da integralidade do cuidado, com a Atenção

Básica se tornando referência para os usuários, juntamente com os CAPS; aproximação da Atenção Básica da temática da saúde mental e dos CAPS da temática da Atenção Básica; elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos compartilhados entre CAPS/Atenção Básica e outros equipamentos da rede social (VITÓRIA, 2012).

Algumas Considerações

O Matriciamento em saúde mental em Vitória vem se reinventando para uma organização mais condizente com a realidade local. Assim, esta prática está longe de se fechar em um modelo pronto e acabado, o que a faz potente às transformações almejadas pela área.

Nestes anos de matriciamento, foi possível avançar em vários pontos relativos ao cuidado em saúde mental, destacam-se: ampliação do acesso das pessoas em sofrimento psíquico aos espaços de cuidado da cidade, para além dos serviços especializados; diminuição das internações psiquiátricas de munícipes de Vitória; redução das fantasias ligadas a loucura entre os profissionais de saúde e entre a população daquele território.

Outro ponto que merece destaque é a contribuição do Matriciamento em tornar evidentes os problemas da rede de saúde do município, que resultou na ampliação do número de serviços ligados ao cuidado em saúde mental, com a implantação equipes de consultório na rua e Residências Terapêuticas. Ainda há

muito que se avançar nesse sentido, principalmente no que diz respeito à gestão sobre os serviços de remoção em crise, pronto-socorro e hospitais gerais.

Ressaltam-se também as mudanças provocadas pelo Matriciamento nos serviços de saúde envolvidos. De modo geral, as US se apropriaram da temática da saúde mental e os CAPS se abriram ao território, se aproximando efetivamente de seu objetivo de reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico.

Esses avanços foram facilitados também pelo envolvimento de todos os profissionais dos CAPS, independente de categoria profissional, e trabalhadores das US, que apostaram na possibilidade de consolidação da desinstitucionalização por meio do cuidado no território; além de certo investimento daquela gestão, retratado nos documentos analisados e nas entrevistas, em afirmar a lógica territorial no funcionamento dos CAPS, sustentar a inclusão do cuidado em saúde mental também na Atenção Básica - mesmo diante de algumas resistências - acompanhar e analisar sistematicamente o processo de implementação do Matriciamento.

Contudo, tem-se o desafio de manter a regularidade dos espaços coletivos de análise desse processo, para assim sustentar a presença da saúde mental na Atenção Básica e a perspectiva territorial no cotidiano de trabalho dos CAPS. O Matriciamento necessita ser realimentado constantemente por espaços de reflexão e formação permanente, para que não se perca em uma prática

hierarquizada e especializada baseada em procedimentos (FIGUEIREDO, ONOCKO-CAMPOS 2009).

Assim, tem-se ainda o desafio de manter o envolvimento e aposta da gestão neste processo, o que não parece ser algo simples, tanto que, como indicado nas entrevistas, aquelas reuniões regulares de análise do Matriciamento foram extintas com a mudança do governo municipal.

Desta forma, ressaltamos a necessidade de construção de uma linha-guia para esse trabalho, não só para orientação do funcionamento do Matriciamento, mas também com efeito de vincular as gestões às regulamentações normativas pré-estabelecidas, que minimamente assegurem certas garantias institucionais indispensáveis à efetividade do Matriciamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2015. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006** – saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009a.

IBGE. **Estimativa Populacional 2011**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Página visitada em 24 de setembro de 2014.

IGLESIAS, A.; GUERRA, B.C.; SOARES, J.; ARAUJO, M.D. Análise das ações de promoção a saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: teoria e Prática**, São Paulo, v.11, n.1, p.110-127, 2009.

OLIVEIRA, G.N. de. **Devir Apoiador**: Uma Cartografia da Função Apoio. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

ROMANHOLI, A. C. **Na corda bamba**: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Atenção Primária. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

VITÓRIA. Secretaria de Saúde de Vitória. Territorialização das ações dos CAPS. Documento disponibilizado pela SEMUS para a presente pesquisa, Vitória, 2006.

VITÓRIA. Secretaria de Saúde de Vitória. Saúde Mental na Atenção Básica. Documento disponibilizado pela SEMUS para a presente pesquisa, Vitória, 2007a.

VITÓRIA. Secretaria de Saúde de Vitória. Equipes Regionais de Saúde Mental: apoio matricial à Atenção Básica. Documento disponibilizado pela SEMUS para a presente pesquisa, Vitória, 2007b.

VITÓRIA. Secretaria de Saúde de Vitória. Sistematização: apoio matricial em saúde mental. Documento disponibilizado pela SEMUS para a presente pesquisa, Vitória, 2009.

VITÓRIA. Secretaria de Saúde de Vitória. Sistematização do Apoio Matricial em Saúde Mental. Documento disponibilizado pela SEMUS para a presente pesquisa, Vitória, 2012.

4.4 ESTUDO 4¹⁰

AS CONCEPÇÕES DOS PSICÓLOGOS SOBRE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Resumo: Objetivou-se neste estudo investigar as concepções do psicólogo da Atenção Básica sobre o Matriciamento em saúde mental e as consequentes repercussões de tais entendimentos para sua prática neste nível de atenção, em uma realidade municipal em que se optou por inserir psicólogos em 100% de suas Unidades de Saúde e por afirmar o matriciamento em saúde mental partindo apenas dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para tanto, foi selecionada uma US de cada uma das seis regiões de saúde do município e realizada entrevista semiestruturada com o psicólogo de cada uma delas, totalizando seis participantes. A pesquisa se utilizou da abordagem qualitativa e da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. São várias as concepções trazidas sobre o Matriciamento em saúde mental: prática exclusiva da psicologia; estratégia envolta a hierarquias e cobranças; proposta favorável ao compartilhamento entre equipes. A partir desses entendimentos compartilhados pelos profissionais de saúde, alguns psicólogos apresentaram dificuldades em afirmar outra prática que não aquela voltada ao atendimento ambulatorial individual, mas também outros conseguiram estabelecer parcerias diversas para o cuidado em saúde, a partir da concepção de que este trabalho requer compartilhamento de saberes, para uma atuação voltada à integralidade.

¹⁰ Este estudo encontra-se em fase de avaliação pela Revista Psicologia: Ciência e Profissão.

Palavras-Chaves: Atuação do psicólogo, Saúde Mental, Apoio Matricial, Integralidade em Saúde.

THE PSYCHOLOGIST'S CONTRIBUTION ABOUT MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH FOR PERFORMANCE IS PRIMARY CARE

Abstract: With this study we set to investigate the primary care psychologist conceptions about mental health matrix support and the consequent repercussions of such understandings to his practice at this level of attention, in a municipal context where there are psychologists in all primary care unities, and where the mental health matrix support only begins from the psychosocial care centers ("CAPS"). To reach our objectives, we select a Health Unity of each one of the six health regions of the city, and conduct semi-structured interviews with each psychologist, totalizing six research participants. The research used a qualitative approach and Bardin's content analysis technique. With the interviews we apprehend there are several different conceptions about mental health matrix support, such as: an exclusive practice of the psychologist; a hierarchical strategy to step up orders; a proposal that facilitates the sharing between the teams. From these conceptions brought by professionals, there were psychologists that shown difficulties in differentiating matrix support of individual outpatient care, but also there were those who had managed to establish several partnerships for health

care, from the understanding that this work requires knowledge sharing, for a performance directed to integrality.

Keywords: Psychologist Performance, Mental Health, Matrix Support, Integrality in Health.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se estruturado a partir dos ideais da integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade e participação social a fim de co-construir uma rede de cuidado favorável à promoção à saúde. Neste contexto, a Atenção Básica assumiu o papel de organizadora deste sistema de saúde, uma vez que sua proximidade com o território e com o usuário que o habita beneficia o conhecimento das necessidades daquela população e a luta contínua e compartilhada pelas condições favoráveis à saúde.

Desta forma, pode-se afirmar que a Atenção Básica trabalha com um conjunto maior de questões quanto à saúde, imersas em um contexto igualmente mais amplo, o que exige deste nível de atenção articulação constante entre os diversos atores sociais, setores da sociedade e níveis de atenção à saúde, a fim de garantir a integralidade do cuidado que se almeja (ARAÚJO; CARRETEIRO, 2001; STARFIELD, 2002; ROMANHOLI, 2004; TEIXEIRA, 2005; FIGUEIREDO, 2006).

Vale destacar que compartilhamos os sentidos trazidos por Mattos (2006) sobre integralidade, que se refere à ampliação do olhar do profissional de saúde em sua relação com o usuário, de modo a atender-se às necessidades em saúde presentificadas no território, que não diretamente aquelas ligadas à doença, trabalhando assim pela não fragmentação do sujeito. A integralidade refere-se também a atributos da organização dos serviços ao defender a articulação entre assistência e práticas de saúde coletiva. De qualquer modo, “quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos” (MATTOS, 2006, p.61). A integralidade trabalhada nesse estudo advoga por uma relação sujeito-sujeito, voltada à abertura para o diálogo com o outro, na construção conjunta de projetos de vida.

Sendo assim, o Matriciamento, dentre outras estratégias, surge como uma possibilidade de contribuir para a concretização destas parcerias necessárias ao cuidado integral, por meio do encontro entre duas ou mais equipes, atores e setores, com seus diferentes saberes e vivências, num processo de construção compartilhada, para a criação de práticas de cuidado contextualizadas com a realidade em questão, envolta aos seus aspectos sociais, culturais, políticos e econômico.

O Matriciamento constitui-se como uma importante estratégia de articulação de saberes para a construção contínua de conhecimentos outros que possam

assegurar uma visão ampliada dos sujeitos – que não separa a saúde da saúde mental – de modo que eles passem a ser cuidados integralmente. Em outras palavras, o Matriciamento surge como arranjo organizacional favorável a formação em saúde de modo a integrar dialogicamente as distintas especialidades e profissões para a efetivação de uma clínica que se pretende ampliada, atentando-se necessariamente, aos fatores determinantes do processo saúde-doença (CAMPOS, 1999, CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Neste contexto, o psicólogo inserido na Atenção Básica também tem sido requisitado a atuar a partir desta lógica de matriciamento, em detrimento de uma perspectiva individual-privatista, de modo a compartilhar seus saberes/práticas em saúde mental – principalmente no que se refere às suas referências de vínculo, acolhimento e escuta qualificada – para efetivar a integração destas práxis ao fazer de todo o profissional da área de saúde, independentemente de sua formação acadêmica, tendo em vista a transversalidade da saúde mental em qualquer prática de saúde.

A transversalidade comparece como um princípio da Política Nacional de Humanização, que ao contrário de uma perspectiva marcada por relações verticais de saber/poder, objetiva provocar uma desestabilização dessas fronteiras de saberes e territórios de poder na direção da construção de novos modos de se produzir saúde, mais ampliados e não serializados (Teixeira, 2005, Brasil, 2008, Pedrosa & Vieira, 2009).

Como bem destaca o Ministério da Saúde, existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer situação de adoecimento, o que significa dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (Brasil, 2005).

Isto não acarreta em perda de especificidades do psicólogo, o qual não transmitiria aos demais profissionais da saúde o seu modo nuclear de intervir em saúde mental, por exemplo, mas atuaria para compor o campo de atuação em saúde com aqueles conhecimentos indispensáveis à ampliação da resolutividade do setor – juntamente a outros saberes disponibilizados também pelas demais categorias profissionais – investindo assim na possibilidade concreta de efetivação da integralidade do cuidado.

Neste sentido, o psicólogo da Atenção Básica pode contribuir neste trabalho de Matriciamento compartilhando a abordagem da clínica psicossocial, que considera o usuário como sujeito social, ao enfatizar sua subjetividade, corporalidade, historicidade, na construção das ações em saúde sustentadas em relações dialógicas entre profissionais e usuários, que assim construídas passam a fazer sentido para a vida daquele sujeito-usuário, ampliando sua efetividade (CFP, 2009).

Assim, nesta perspectiva não cabe uma atuação inspirada em um modelo médico – como historicamente a prática psicológica tem se presentificado no sistema público brasileiro – que se pauta em uma perspectiva clínica-individualista,

privatista e curativa-assistencial, a qual trabalha, muitas vezes, com um sujeito idealizado e descontextualizado, na direção de adaptá-lo a ordem social vigente (FERREIRA NETO, 2008; FERREIRA NETO, 2010; FREIRE; PICHELLI, 2010; DIMENSTEIN, 2001; SPINK, 2007).

A lógica do Matriciamento requer do psicólogo da Atenção Básica uma disponibilidade em compor uma equipe interdisciplinar – o que significa também permitir que o seu saber possa ser discutido e até questionado, a partir da necessidade e do desejo do usuário – bem como, um desprendimento, tanto no que diz respeito a sua abertura para a experimentação de outras atuações construídas no encontro, quanto à disponibilização do seu conhecimento ao outro, o qual, a partir do contato com este saber, pode, por exemplo, dar conta de melhorar sua relação com o usuário, qualificando sua escuta e fortalecendo suas práticas (SPINK, 2007).

Defendemos que tal compromisso do psicólogo da Atenção Básica se faz ainda mais necessário se considerarmos o Matriciamento em saúde mental partindo unicamente dos CAPS, que certamente não possuem a mesma disponibilidade, por exemplo, daquelas equipes especificamente voltadas a esta função de matriciar, para as articulações intersetoriais, interdisciplinares e comunitárias indispensáveis à efetivação do Matriciamento em toda a sua potencialidade. Contudo, sustentar uma prática pautada na lógica do Matriciamento, quando inserido na Atenção Básica, parece não ser tão simples, tendo em vista a

demanda de usuários e demais profissionais que se mantém bastante associada à lógica individual-privatista.

Diante de todas estas discussões, interessa-nos investigar as concepções do psicólogo da Atenção Básica sobre o Matriciamento em saúde mental e conseqüentemente as repercussões de tais entendimentos para sua prática neste nível de atenção, em uma realidade municipal em que se optou por inserir psicólogos em 100% de suas Unidades de Saúde e por afirmar o Matriciamento em saúde mental partindo apenas dos CAPS.

Método

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada no ano de 2013 em um município do sudeste do Brasil, o qual desde 2007 incluiu psicólogo em todas as suas Unidades de Saúde (na ocasião 28 US) e, no mesmo ano, iniciou o trabalho de Matriciamento em saúde mental partindo dos três CAPS que possui (CAPS álcool e drogas, CAPS II e CAPS infanto-juvenil). Este município está dividido em seis regiões de saúde, sendo que cada qual abrange um território específico, com realidades diversificadas.

Sendo assim, foi selecionada uma Unidade de Saúde de cada uma destas regiões, totalizando seis US, sendo que quatro delas funcionam na lógica da Estratégia de Saúde da Família e as outras duas atuam como Unidades Básicas sem ESF. Para escolha destas Unidades, a pesquisadora selecionou aquelas

com as quais mantinha menor contato no dia a dia de trabalho, já que a pesquisadora é servidora pública do município. A partir daí, foi realizada entrevista semiestruturada com o psicólogo que atua na Unidade, todos eles profissionais efetivados por meio de concurso público municipal. As seis entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em áudio após a devida autorização dos participantes, da Secretaria Municipal de Saúde, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa.

Seguiu-se com o procedimento de análise qualitativa dos dados, mais especificamente com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1988), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Resultados e discussões

A partir das informações trazidas pelos psicólogos entrevistados consideramos importante destacar, para alcançar os objetivos deste estudo, as versões sobre o que os demais profissionais de saúde das Unidades pensam acerca do matriciamento, bem como as concepções trazidas por estes psicólogos sobre o matriciamento, para então trazermos a discussão sobre a atuação dos psicólogos da Atenção Básica na direção do Matriciamento e da integralidade do cuidado. A escolha por tal arrumação se deve ao fato de acreditarmos que a atuação do psicólogo da Atenção Básica, no que diz respeito às suas contribuições para a

efetivação do matriciamento, está intrinsecamente relacionada aos seus próprios entendimentos sobre a função matricial, bem como às suas concepções acerca das percepções dos demais profissionais que compõem a Atenção Básica sobre matriciamento em saúde mental.

As concepções dos psicólogos da Atenção Básica sobre o Matriciamento em saúde mental

A partir da análise do material coletado foi possível destacar quatro grupos de entendimentos a respeito do matriciamento por parte dos psicólogos inseridos na Atenção Básica, bem como algumas pontuações importantes sobre esta prática no cotidiano do serviço básico de saúde.

O primeiro entendimento associa o matriciamento à concepção de compartilhamento de saberes e práticas para o cuidado em saúde. Nesta perspectiva compareceu a ideia de “troca”, “integração dos trabalhos”, “pensar e intervir em conjunto”, “divisão de responsabilidade”, o que necessariamente, de acordo com os entrevistados, requisita também das equipes de referência (Unidades de Saúde) e das equipes de matriciamento (Centros de Atenção Psicossocial) uma relação baseada na “confiança” e no “vínculo”.

Tal ideia corrobora a proposta primordial desta estratégia matricial, que apregoa a conquista de ações compartilhadas, interdisciplinares e integradas para a concretização da integralidade do cuidado. Para tanto, faz-se essencial a

construção de relações de confiança e respeito entre os profissionais, de modo que o contato entre os diversos setores e atores, imprescindíveis neste cuidado, se estruture entre pessoas que acreditam na capacidade do outro, na sua contribuição e no seu trabalho para um objetivo em comum: a promoção à saúde.

Neste contexto de discussão, vale ressaltar a pontuação de alguns psicólogos de que se trata de um trabalho desafiador, que causa inúmeros incômodos e desconfortos, uma vez que ao se dispor estar com o outro no território, o profissional se depara com as mais variadas questões de sofrimento e realidades sociais, que extrapolam sua governabilidade de ação.

É incômodo matriciar. É muito incômodo sair do seu lugar de conforto e ir para a rua. Ir ao território significa você se deparar com a angústia, porque você encontra os casos, se sente impotente, “o que eu faço com isto agora?” Não tem isto, não tem aquilo, você coloca o pé na lama, então causa angústia. É entrar nos buracos todos, entrar nas casas, ter contato com o tráfico, os cheiros, as vielas, os becos, sujeira, maus tratos, desgraça. Então você vê isto com muita constância e isto angustia, então tem resistência a isto (Profissional 1).

Consideramos que todos estes incômodos estão intrinsecamente relacionados também a uma história marcada pela compartimentalização dos serviços, setores e sujeitos, os quais, isoladamente, tentam executar o que lhes cabe na resolução de problemas, que são da ordem do coletivo. Ou ainda, no caso do setor saúde, uma lógica de ação marcada por um livre fluxo de encaminhamento, transferência de responsabilidade, afirmações de certezas, disputas entre o saber médico e o não médico, que obstaculizam qualquer atuação efetivamente conjunta. Não podemos desmerecer a importância dos incômodos na provocação de mudanças, mas acreditamos que a governabilidade sobre uma situação-problema somente

se efetiva a partir de ações coletivas, que podem acontecer por meio do Matriciamento, desde que não seja tomado, assim como outras estratégias já o foram, como onipotente no propósito de promoção à saúde. Nas palavras de um dos entrevistados:

A ideia do apoio é a gente conseguir conversar abertamente, dizer que não está legal, que a gente poderia propor de outra forma, de pensar quais são as possibilidades que a gente pode trazer para pensar e para discutir. Ninguém no lugar de saber. Não tem mais hierarquia de saber, “porque nós somos do CAPS e assim que tem que ser”. Diferentemente, todo mundo se dispõe, pensando assim, o que a gente pode pensar sobre este caso, assim esgota tudo, agente de saúde, todo mundo em nível igual. Então é pensar junto, igual fazer um *brain storm* junto do caso, embora tenha pessoas com saberes específicos, mas a gente sempre tem perguntas. Assim a gente cuida de verdade (Profissional 1).

Nesta perspectiva as relações hierárquicas de saber-poder, predominante entre generalistas e especialistas, por exemplo, em que, geralmente, este último dita ao outro o que deve e não deve ser feito, dá lugar a relações de corresponsabilidade, na qual os envolvidos se dispõem igualmente a contribuir com seus saberes singulares na composição deste cuidado. Como trazido por Campos (1999), o Matriciamento tem também essa função de produção de novos padrões de inter-relações entre os vários atores sociais para promoção à saúde, que por sua vez, somente se efetiva na integração dialógica entre os distintos saberes e práticas existentes na sociedade.

Todavia, compareceram também enunciações que falam de relações marcadamente conflitantes entre matriciadores dos CAPS e equipes de referência, subjacentes ao segundo entendimento do matriciamento como relativo a uma hierarquia de saberes – que, portanto, deve ser feito por profissionais que

sabem mais que outros – o qual resulta, na prática, em um “jogo de empurra” do usuário de um serviço a outro, ao contrário de um encontro efetivamente voltado a se pensar projetos de cuidado integrados, como na fala de um dos psicólogos:

Quem faz o matriciamento de saúde mental não é quem sabe muito, é quem sabe até menos. Aí às vezes aparece querendo devolver. É mais uma negociação, é meu, é seu, este fica com você, empurrando. Olha, tem um caso muito grave, aí vem com aquela resposta toda gravada, pronta: “tem que vê se é...” Eu disse: “olha, já teve intervenção da médica, eu tive lá com a ACS, veio aqui, nós fizemos isto, aquilo, é um transtorno grave sim, por causa disto e disto”. “Não então...”. As pessoas se defendem. Não tem encontros frequentes. Fica só apagando incêndio. Além disto, eles falam muitas regras, tipo assim, “você já fizeram isto? Já fizeram aquilo? Por que senão a gente não vai. A gente não precisa ir se vocês não fizeram a parte de vocês” e quando a gente faz a nossa parte, a gente não precisa deles (Profissional 2).

Prevalece, neste caso, uma relação de disputa entre quem sabe mais e menos, bem como uma fragmentação dos usuários – “é meu, é seu, este fica com você, empurrando” – e dos serviços, já que cada qual tem sua parte a cumprir. A troca, o compartilhamento, o encontro produtivo, a relação baseada no vínculo e na confiança – presente no plano do ideal desta proposta – não acontecem; traduz-se uma relação conflitante e distante, baseada em uma hierarquia de saber/poder entre estes atores da saúde, sendo que ambos não conseguem se ouvir para pensar juntos, estratégias de cuidados pertinentes àquela realidade. Prepondera, neste caso, como nos traz Stotz e Araújo (2004), uma visão de mundo que nega a história, o saber e as vivências dos sujeitos para a construção de alternativas de cuidado integral. Sendo assim, destacamos a importância de se problematizar estas relações, para que em nome de uma estratégia politicamente correta, como o Matriciamento, não acabemos, na prática, por reproduzir uma lógica de que

existem os que sabem mais e que, portanto, estão autorizados a ditar as regras; e aqueles que devem cumpri-las.

Um terceiro entendimento trazido pelos psicólogos da Atenção Básica entrevistados associa o Matriciamento à possibilidade de aproximação com as especialidades, mais especificamente com a atenção psiquiátrica, o que, segundo os entrevistados, facilita o processo de “encaminhamento” e “marcação de consulta”. Neste sentido, um dos psicólogos afirmou requisitar o Matriciamento em saúde mental ofertado pelos CAPS apenas quando possui um caso para encaminhar ao psiquiatra ou a estes serviços.

Ainda a partir da perspectiva do Matriciamento enquanto possibilidade de aproximação com a especialidade, um psicólogo pontuou a necessidade de realização de um matriciamento diferenciado para médicos e não médicos, sob a justificativa de interesse da categoria médica apenas pelo aspecto psicofarmacológico em saúde mental:

Não tem matriciamento para os médicos, discussão de casos de médico para médico e eu acho que é necessário. Não tem de psicólogo para psicólogo? Por que não para o médico? Saúde mental tem prescrição de medicamento, tem que ter e é isto que interessa a ele. (Profissional 3)

O Matriciamento certamente traz esta possibilidade de aproximação com as especialidades - no que diz respeito a sua proposta teórica - com a finalidade de favorecer uma construção dialógica para o cuidado integral em saúde mental. Neste cuidado integral não se pode perder de vista que o saber médico e o conhecimento a respeito dos psicofármacos também fazem parte das

necessidades de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, não diríamos de um matriciamento para cada categoria profissional, mas de contemplarmos também estas necessidades médicas nas discussões promovidas pelo matriciamento para a atenção psicossocial; ao contrário, correremos um grande risco de sustentarmos uma mesma lógica de supremacia de um saber a outro. A promoção à saúde mental se faz nas múltiplas conexões possíveis à realidade de cada sujeito, considerando suas questões biológicas, culturais, políticas, econômicas, sociais.

Ainda em relação a este terceiro entendimento trazido pelos entrevistados, pode-se argumentar que esta concepção de matriciamento – quando limitada a uma aproximação para a marcação e encaminhamento – aponta para uma dificuldade de acesso aos serviços e a outros profissionais de saúde, por exemplo, de modo que os profissionais da Atenção Básica precisam de se utilizar do Matriciamento para a marcação de consultas e encaminhamentos. Contudo, é certo, que até mesmo nesta lógica – matriciamento para marcação e encaminhamento – há a possibilidade de se promover encontros entre serviços, setores e atores, que ao “passar o caso do usuário”, podem ter seus modos de operar em saúde modificados pela aproximação de saberes diversos.

Um quarto entendimento trazido pelos psicólogos da Atenção Básica destaca o Matriciamento como sinônimo de “discussão de caso” e “supervisão”, neste caso, os psicólogos acrescentam a possibilidade de, a partir daí, “capacitar” e “orientar” o profissional no cuidado em saúde mental, principalmente aqueles que não

dispõem de uma formação voltada à abordagem *psi*. Acrescido disto, ainda nesta perspectiva, um dos entrevistados pontuou a contribuição deste matriciamento a partir da discussão de caso, no conhecimento das pessoas em sofrimento psíquico pelos profissionais das Unidades de Saúde, as quais, antes deste trabalho, eram desconhecidas por este serviço.

Consideramos importante destacar a inegável contribuição da discussão de casos para o processo de formação permanente e continuada de todos os envolvidos no debate; inclusive esta possibilidade de “capacitação” em serviço é anunciada pelo CFP (2009) como um dos objetivos do Matriciamento em saúde mental, disponibilizados pelos profissionais *psis* à Atenção Básica, no propósito da escuta, acolhimento e manejo das vulnerabilidades psicossociais vivenciadas pela Atenção Básica junto à população adscrita. Contudo, não se pode perder de vista que a discussão de casos é uma das possíveis ferramentas utilizadas pelo matriciamento, que não deve ser confundida com o conceito de Matriciamento em si, o qual contribui com a saúde coletiva com pressupostos, possibilidades, instrumentos e objetivos variados pela garantia da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

As concepções dos psicólogos da Atenção Básica sobre o que os demais profissionais de saúde das Unidades pensam acerca do Matriciamento em saúde mental

A partir dos dados coletados foi possível apreender a existência de cinco grupos de entendimentos acerca do Matriciamento por parte dos profissionais da Atenção Básica, segundo a perspectiva dos psicólogos: 1) o desconhecimento do que seja o Matriciamento; 2) o Matriciamento como restritivo à psicologia; 3) o Matriciamento como uma proposta pouco resolutiva; 4) o Matriciamento como uma estratégia envolta a hierarquias e cobranças e 5) o Matriciamento como uma estratégia favorável à comunicação entre equipes diversas e ao acompanhamento dos casos de pessoas em sofrimento psíquico em sua integralidade.

Segundo alguns dos psicólogos entrevistados, existem, na Unidade, aqueles profissionais que simplesmente desconhecem o que seja a proposta de Matriciamento, uma vez que, por algum motivo, nunca tiveram contato com este trabalho.

Comparece também, conforme indicado por alguns dos entrevistados, na Atenção Básica, uma concepção, por parte dos demais profissionais, de que o Matriciamento em saúde mental é para a psicologia, tendo em vista a ideia de que a “saúde mental é o psicólogo” (Profissional 4). Nestes casos, configura-se um cenário de não envolvimento afetivo, ideológico e profissional (LOURAU, 2004) da maioria dos demais trabalhadores da equipe da atenção básica com os propósitos da saúde mental, o que tem prejudicado por consequência a efetivação da integralidade do cuidado. Esses profissionais não relacionam seus trabalhos à saúde mental, restringindo o contato dos matriciadores dos CAPS ao psicólogo da atenção básica. Nas palavras de um psicólogo:

É uma visão assim: 'isto não é para mim, isto não é comigo, meu trabalho é este, eu tenho que dar conta das técnicas, tenho que dar conta das vacinas'. Eu estou fazendo um trabalho e mostrando que não é só para mim o apoio. Saúde Mental é uma questão que abrange a Unidade, não a psicóloga. Mas até as pessoas terem este pensamento demora um pouco, mas a gente vai tentando. (Profissional 4).

Assim, este psicólogo afirma uma concepção fragmentada trazida pelos profissionais de saúde, de que cabe a cada um uma tarefa pré-determinada, além de uma perspectiva focada na técnica, o que pode repercutir negativamente para a invenção de outros modos de fazer saúde necessários – tendo em vista a diversidade das realidades territoriais e de sujeitos-usuários – que se efetiva a partir da disponibilidade do encontro interativo e produtivo. Em outras palavras, a possibilidade de uma intervenção diferenciada a partir também da inclusão do profissional psicólogo na Atenção Básica, baseada em um trabalho integrado, intersetorial, voltado para a coletividade, fica prejudicada, uma vez que prevalece a dicotomia entre a competência técnica e a sensibilidade social, entre aquele profissional que trabalha com as questões da mente e do social e aquele que intervém em um corpo biologicamente adoecido (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Estas dicotomias, assim como os paralelismos mente/corpo, subjetividade/objetividade, teoria/prática, saúde/saúde mental, insistem em separar realidades intrinsecamente relacionadas, que se constroem mutuamente, causando prejuízo à construção de um cuidado que se pretende integral. O mental está presente no processo saúde-doença. E aí não cabe, necessariamente, uma intervenção especializada da psicologia; muitas vezes, são

situações e eventos de vida geradores de estresse, que leva ao adoecimento deste sujeito-usuário, o qual pode se beneficiar de intervenções de apoio psicossociais ofertadas em especial por aquele profissional da Atenção Básica com o qual possui mais vínculo.

Todos os profissionais de saúde podem contribuir para este cuidado em saúde mental, tanto que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais que trabalham especificamente com a saúde mental não trazem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada (BRASIL, 2003). Desse modo, o psicólogo da Atenção Básica tem um papel importante também em afirmar, provocar e convocar todos os profissionais de saúde a trabalhar a partir da perspectiva de que todos podem e devem atuar pela saúde mental, corroborando assim a lógica de um sistema único de saúde que se fundamenta primordialmente no princípio da integralidade para a promoção à saúde.

Outra versão trazida pelos psicólogos entrevistados da Atenção Básica aponta que muitos profissionais de saúde das US percebem o Matriciamento como uma “obrigação” de trabalho, com “pouca resolutividade e encaminhamentos”, “chato”, “repetitivo” e “desorganizado”. Na fala de um dos psicólogos:

Sobre o matriciamento eu ouço sempre muitas críticas: “Ah, porque estas reuniões a gente tem que ir, mas a gente só fala dos mesmos casos e os casos nunca têm um encaminhamento, nunca têm uma resolutividade”. “ah, este caso só tem jeito quando o paciente morrer, não tem nada para fazer”. (...) Tem a questão dos profissionais da

Unidade, mas tem também do matriciamento. Tem uma matriciadora que está aqui fazendo matriciamento há muitos anos, que traz um cansaço na sua fala: “A gente já tentou tantas coisas, de tantas formas e parece que não dá certo”, repetindo a mesma fala da equipe, mas de outro lugar. Quando eu propus: “vamos fazer igual ao outro CAPS?”, “Ah não, a gente já tentou isto e não deu certo”, “tá, não deu certo, mas agora é outra equipe que está aqui, por exemplo, eu, muitas enfermeiras trocaram agora, tem outra matriciadora que também é nova”. “Não” (Profissional 5).

Faz-se importante destacar – o que de certa forma comparece na percepção acima transcrita – os desafios do cuidado em saúde mental e a complexidade da existência-sofrimento. Estamos falando de um contexto marcado por anos de exclusão social, pela certeza da periculosidade e irrecuperabilidade destas pessoas em sofrimento psíquico, o que resultou em pouco ou nenhum investimento nestes indivíduos como sujeitos de direito. Diante de tal complexidade, podemos afirmar que não cabe a aplicação de procedimentos padronizados e/ou ações meramente técnicas por um ideal de cura em saúde mental; como bem destaca Rotelli (1990, p.30), estas situações requerem a co-construção de projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social” destes sujeitos que vivenciam a existência-sofrimento, o que demanda do serviço e dos profissionais, necessariamente, disponibilidade para igualmente inventarem continua e frequentemente propostas de cuidado diversas e compartilhadas.

Contudo, é marcante ainda, no setor saúde, como dito, uma perspectiva de busca da cura, de um ideal de bem estar, de respostas a todo e qualquer problema, que perpassa a formação de todos os profissionais da saúde e faz com que sejamos tão pouco tolerantes a aqueles casos, em que a mera aplicação da técnica não dá conta de resolvê-los, tamanha a sua complexidade, fazendo com que retornem reiteradamente ao serviço de saúde com a demanda de mais cuidado.

Neste contexto, tendemos a reproduzir a ação de encaminhamento da situação, todavia, no que diz respeito à Atenção Básica, esta ação fica um tanto quanto limitada, já que aquele usuário habita naquele território, circula pelos espaços de abrangência da Unidade e tem seus problemas também relacionados ao cotidiano daquela comunidade; requisitando, portanto, recorrentemente a atenção das Unidades de Saúde. Nestas conjunturas, outro psicólogo entrevistado falou sobre sua atuação no sentido de minimizar algumas frustrações cotidianas dos profissionais de saúde trazidas pelo cuidado a estes casos mais complexos.

Quando eles estão demais desanimados, eu tento passar para os profissionais suportar um pouquinho desta frustração, porque os médicos, os enfermeiros, eles querem a evolução do paciente, eles querem que ele saia daquele lugar que ele está e vá para outro lugar ideal, que é o lugar que eles imaginam que a pessoa tem que estar e na verdade é muito difícil você conseguir isto de todas as pessoas, cada um tem seu lugar e às vezes o lugar dele não vai ser o meu nunca. Isto é difícil, mas eu acho que é uma coisa importante que o psicólogo tem a fazer (Profissional 6).

O psicólogo, como figura importante no campo da saúde mental, pode contribuir assim para a discussão, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, de mudança do foco da doença para o sujeito, o que remete a transformação no modo de operar neste setor na direção da reabilitação psicossocial, que diz da promoção de autonomia, no sentido de contribuir para ampliação de possibilidades de relação destes sujeitos-usuário com a vida social em seu movimento, necessitando assim da ação, compromisso e responsabilidade de todos os profissionais para as conexões com os recursos da comunidade, serviços, setores e atores (NICÁCIO, 2003; LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006).

Outro entendimento trazido pelos profissionais da Atenção Básica sobre o matriciamento em saúde mental, segundo alguns dos psicólogos entrevistados, associa tal estratégia a “cobranças” e “hierarquias”, em que os especialistas ditam o que os profissionais da Unidade devem fazer, de modo que assim, o matriciamento só acontece para cumprimento das metas de um programa existente neste município de incentivo ao desempenho (IDV¹¹) – baseado no programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade do Ministério da Saúde – que também garante um acréscimo remuneratório aos trabalhadores.

Um das críticas que é feita ao matriciamento, que acaba que o apoio matricial veio como se fosse para reforçar o que a Unidade tinha que fazer, mas muito pouco verdadeiramente como um apoio. Trabalha-se muito mais para direcionar, colocando de cima para baixo do que de fato como um apoio. Aí entra em um ciclo, que faz a reunião porque tem que entrar na meta do IDV. É uma política nacional, então tem que acontecer, mas não se pensa na especificidade do território, da necessidade dos casos e acaba voltando em uma discussão que é sabida por todo mundo, que tem que fazer vinculação no território, que tem que usar as ferramentas da estratégia de saúde da família, da saúde coletiva. É aquilo, se as pessoas não fizeram, elas sabem que tem que fazer e não se discute a especificidade da situação (Profissional 2).

Vale problematizar sobre a subutilização de tal programa, que ao contrario de uma perspectiva voltada unicamente ao cumprimento de metas quantitativas de procedimentos, deveria funcionar como uma ferramenta de educação permanente, de modo que uma vez tendo acesso aos resultados de tal processo avaliativo, as equipes pudessem pensar e reinventar seus processos de trabalho naquilo que se apresenta mais frágil.

¹¹ O Índice de Desempenho Variável (IDV) vinculado ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço de Saúde do município consiste em uma estratégia para aperfeiçoar a organização dos serviços e setores da Secretaria de Saúde desse município por meio de avaliação das práticas de saúde com ênfase na capacidade de gestão, na condução do processo de trabalho, no monitoramento, controle e avaliação de todos os processos (Vitória, 2014, p.04).

Ainda na perspectiva do Matriciamento enquanto “cobrança”, segundo um dos entrevistados: “tem profissionais que tem um pouco de medo do matriciamento”.

“Eles vem aqui me cobrar o que?”, “o que eu fiz?”, “o que eu tinha que ter feito?”, “eu não sei nada desta pessoa”. Aí eu digo: “tudo bem, vamos procurar saber, porque até o dia tal da reunião a gente tem que procurar saber, então você pergunta para a agente de saúde, se puder fazer uma visita, se souber de alguma coisa, você já fica alerta, porque a gente vai ter que conversar sobre ela”. (Profissional 5).

Assim, parece prevalecer uma relação marcadamente hierarquizada e verticalizada, contrariando a perspectiva de um trabalho que se pretende fomentar a integração, o compartilhamento e a parceria para a superação dos inúmeros desafios que se apresentam no contexto da saúde coletiva. Neste sentido, vale colocar em análise esta prática, mais uma vez, na direção de problematizar a função matricial dentro do cenário da saúde coletiva: estamos trabalhando pelo fortalecimento dos encontros para a participação dos sujeitos com seus saberes e vivências ou para a subjugação aos saberes especialistas?

Por outro lado, há profissionais, segundo os entrevistados, que de tanto participarem deste trabalho de matriciamento, reconhecem esta estratégia como favorável à comunicação entre equipes diversas e ao acompanhamento dos casos de pessoas em sofrimento psíquico em sua integralidade. “Então é engraçado, tem duas posturas, tem quem acha: ‘que bom, então eles vão ajudar a gente’ e tem quem acha: ‘aí meu Deus, como assim, o que eles querem de mim’.” (Profissional 5).

De qualquer modo, a chegada do Matriciamento em saúde mental parece ter deslocado estes profissionais das Unidades de seus lugares, por vezes baseado em procedimentos padronizados e encaminhamentos descompromissados pela continuidade do acompanhamento pela Atenção Básica. Em relação a isto, o CFP (2009) chama atenção para as transformações operadas pelo matriciamento nas equipes que, na medida em que são convocadas a trabalhar também pela saúde mental, passaram a se apropriar do tema e de problemas mais complexos apresentados pela população como um todo, aguçando sua escuta e seu olhar para as necessidades reais destas pessoas naquele território.

Os Matriciamentos em Saúde Mental: atuação dos psicólogos da Atenção Básica

A partir destas versões a respeito do Matriciamento em saúde mental, foi possível apreender uma diversidade de atuações do psicólogo na Atenção Básica, de modo que não se pode afirmar uma ação profissional predominante entre os psicólogos deste município.

Vale destacar que as concepções dos psicólogos entrevistados das duas Unidades básicas que não funcionam na lógica da ESF, não, necessariamente, se diferenciaram dos entendimentos daqueles da ESF, todavia, foi bem marcado por estes psicólogos uma maior dificuldade em efetivar um trabalho de Matriciamento, pelos entraves relativos à falta de encontros produtivos entre os próprios profissionais do serviço e a pouca proximidade com o território, o que, segundo

eles, obstaculiza também a tentativa de trazer o usuário em sofrimento psíquico a circular e ser cuidado também nos espaços da Unidade por todos os profissionais que compõem aquele serviço.

Isto não compareceu desta forma para os outros psicólogos, certamente, pelo fato deles, de certo modo, serem favorecidos pelos pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, que em sua proposta de reorganização da Atenção Básica, prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Para tanto, por meio também do agente comunitário de saúde, mantém-se o elo necessário entre serviço e população, além desta estratégia estabelecer, como imprescindíveis, encontros produtivos e sistemáticos entre os profissionais que compõem este serviço, o que pode beneficiar a efetivação de um cuidado integral em saúde.

Além daquelas dificuldades anunciadas pelos psicólogos das duas Unidades básicas que não funcionam na lógica da ESF, compareceu também a afirmativa de que esta condição – de não funcionar como ESF – apresenta-se como desfavorável ao acompanhamento dos casos, bem como a manutenção das informações atualizadas sobre essas pessoas em sofrimento psíquico – trabalho realizado na ESF principalmente pelos agentes comunitários de saúde – tendo em vista também os poucos espaços de reunião entre os profissionais que compõem aquele serviço.

Neste contexto, foi frequente entre os psicólogos destas Unidades a afirmativa de um trabalho voltado a um “atendimento ambulatorial no esquema mesmo de consultas individuais” (Profissional 4), contudo estes mesmos profissionais referem, também, em alguns momentos, por um esforço pessoal, conseguirem parcerias intersetoriais e interdisciplinares para o cuidado em saúde mental. Essas parcerias, segundo eles, às vezes, acontecem mesmo para facilitar o encaminhamento a outros serviços; mas outras vezes, ocorrem, também – principalmente quando entre profissionais de uma mesma Unidade – para desmistificar a ideia de periculosidade da pessoa em sofrimento psíquico e assim ampliar as possibilidades de cuidado.

A Psicologia afirma sua contribuição para a Atenção Básica na medida em que opera transformações no modo dos outros profissionais também olharem o processo saúde-doença, trabalhando com um conceito ampliado de saúde, que assim, tem condições para atuar, a partir daquele contexto histórico e cultural, com todas as parcerias possíveis, pela integralidade do cuidado.

Em relação a isto, Dimenstein (2001) traz a discussão à necessidade, principalmente no que diz respeito a este contexto, dos psicólogos incorporarem outras concepções de práticas profissionais, que incluam o sujeito-usuário como participantes ativos do processo de promoção à saúde. Isto implica romper com a “identidade profissional hegemônica vinculada à do psicoterapeuta” (p.62), a qual sustenta uma prática isolada no campo da saúde coletiva, ainda predominante

entre os profissionais psicólogos deste setor, que em sua grande maioria não foi preparado para atuar no campo da assistência pública à saúde.

Assim, alimentam-se as definições limitantes do público do que seja a prática psicológica, de modo que a demanda ao psicólogo, por parte da população e dos demais profissionais da Unidade de Saúde, continua focada nos atendimentos ambulatoriais individuais em detrimento de outras atividades coletivas que envolvam parcerias para as transformações sociais necessárias (DIMENSTEIN, 2000).

Todavia, a partir dos dados desta pesquisa, pudemos apreender que tais perspectivas e demandas puderam em parte ser revertidas por aqueles entrevistados que incluíram tais discussões na pauta das reuniões de equipe, pela certeza de seu papel de matriciador na Atenção Básica. Vale destacar neste momento a importância desta clareza em relação a sua função na Atenção Básica, bem como o acompanhamento e avaliação de sua atuação, uma vez que é grande o “risco de se desvirtuar a proposta e de voltar ao antigo, conhecido e seguro modelo ambulatorial” (CFP, 2009, p.46).

Os psicólogos da Atenção Básica que conseguiram afirmar este lugar também de matriciadores disseram conseguir contribuir mais para o propósito de um cuidado integral à saúde. No entanto, essa mudança no modo de demandar o psicólogo da Atenção Básica e de perceber a necessidade de um cuidado da pessoa em sofrimento psíquico por todos os profissionais da Unidade de Saúde requer um

trabalho contínuo de afirmação destas outras possibilidades de atuação; tanto que os psicólogos entrevistados (que trazem tais conquistas) falam de suas insistentes abordagens, junto a equipe de saúde da família, no sentido de afirmar que as questões de saúde mental perpassam qualquer processo de construção de saúde, logo – independente de uma atenção psicológica – esse sujeito-usuário pode e deve ser cuidado por todos. Ainda assim, esses entrevistados afirmaram que a apreensão desta outra perspectiva de trabalho *psi* se diferencia entre as equipes, de modo que tem aquelas que insistem em associar exclusivamente a saúde mental à psicologia.

Eu tento fazer eles verem que tudo é saúde, que não tem saúde sem saúde mental, para que eles andem sem a bengala da psicologia. Outro dia o CAPS pediu para marcar o matriciamento, aí eu só agendei, marquei com um, combinei com o outro. Aí uma das reuniões aconteceu, eu não pude participar, mas aconteceu e decidiram e tudo mais. Achei ótimo, maravilhoso. É isto o trabalho. Já a outra, mesmo eu falando que tinha grupo, não começou a reunião enquanto eu não cheguei. Aquilo assim: “a saúde mental é sua, você me colocou nesta fria, você não vai me deixar sozinha”. Aí eu fiz o grupo, depois fui até lá e eu no final falei: “você viu, matriciamento é para a gente falar sobre as coisas, o que o fulano sabe, o que você sabe, o que o outro serviço sabe e a gente conversa junto para ter uma visão maior sobre o problema, não necessariamente a gente vai resolver os problemas, a gente vai pensar estratégias possíveis”. (Profissional 6).

Este psicólogo parece atuar pela possibilidade de uma prática integrativa, interativa e dialógica, com vistas à construção de um projeto coletivo de cuidado, que destaca a singularidade e a complexidade de cada situação que se apresenta no cenário da Atenção Básica, em suas dimensões: sociais, políticas, econômicas, biológicas e subjetivas. Consequentemente, configura-se um contexto favorável à atuação sob a lógica matricial, no sentido de suporte técnico-pedagógico à Atenção Básica para a construção de conhecimentos e práticas de produção de vida no território. Assim, alguns entrevistados conseguem visualizar

avanços no cuidado em saúde mental em relação ao período em que não se tinha tal prática no município, como, por exemplo, no que diz respeito à apropriação dos médicos de família pelo cuidado as pessoas em sofrimento psíquico e a consequente organização de algumas equipes de saúde para tal atuação.

Esses psicólogos que se colocaram, desde o início de sua inserção na Unidade, como matriciadores das equipes de saúde, mencionaram conseguir realizar atividades grupais, atendimentos e visitas domiciliares em conjunto com outros profissionais da US, bem como participarem das reuniões das equipes, contribuindo na discussão dos casos de pessoas em sofrimento psíquico que requisitam cuidados pelos vários profissionais do serviço, o que favorece o acompanhamento destas situações que envolvem o olhar da saúde mental. Neste sentido, um psicólogo relatou uma experiência de aproximação interdisciplinar importante para este cuidado.

Foi feito aqui um trabalho conjunto, muito legal, de diminuição de uso de benzo, foi um movimento também com os funcionários, com os enfermeiros, com os médicos, da questão da desmedicalização, da questão do desmame do benzo mesmo. Isto foi uma questão de apoio matricial, de desmedicalização, a gente foi lá no CAPS, duas médicas, a farmacêutica, o enfermeiro, eu, para conversarmos com a psiquiatra de lá sobre a questão do benzo, aí ela deu umas orientações, explicou. Foi um trabalho de total parceria (Profissional 1).

Trata-se de um projeto construído a partir da realidade daquele território que requisitou parcerias diversas para sua efetivação, uma vez que se refere a uma situação problema que vai além de uma simples suspensão de medicamento, requisita necessariamente a mudança da escuta e do olhar dos prescritores e demais profissionais de saúde diante do sofrimento dos usuários; além da

construção de outras respostas no território para aquela situação, por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, já que estes sofrimentos falam também, muitas vezes, das condições gerais de vida, desfavoráveis a promoção à saúde.

Nesta perspectiva de ação, outro psicólogo afirma seu papel de provocar a equipe na direção de garantir o acesso e o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico também pela Unidade de Saúde.

Tento fazer isto como psicóloga, mexer, acho que é isto, a ideia do movimento, a ideia de movimentar estas reuniões, movimentar estas propostas, para ver se as pessoas se implicam no trabalho. Eu acho que é processo, se atende neste ponto? Não sei, mas acho que é uma tentativa, uma proposta de movimentar para ver se há esta implicação dos profissionais das Unidades de ver também a saúde mental e cuidar dentro daquilo que cada um pode oferecer (Profissional 6).

O psicólogo na Atenção Básica tem essa importante função de articular, mobilizar e sensibilizar as equipes de saúde da família para a inclusão desta temática na lista de prioridades de cuidado, tendo em vista um vasto histórico de restrição de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico às especialidades. Neste contexto a proposta de matriciamento em saúde mental afirma mais uma vez sua relevância, pela sua força em fazer circular pela Unidade de Saúde este saber especializado, compondo o campo de saber da saúde coletiva para um cuidado efetivamente integral.

Neste sentido, estes psicólogos pontuaram a importância também do suporte do gestor da Unidade para que este trabalho aconteça de modo efetivo e eficaz. “Quando o diretor apoia, isto é uma coisa muito importante, a gente consegue

fazer um trabalho bacana de parceria, mas senão, fica difícil. A primeira Unidade que eu fui, a diretora tinha muita resistência, então foi muito difícil, ela boicotava, sabotava, o que ela podia” (Profissional 5).

Por outro lado, outro entrevistado, que também falou desta função do psicólogo na Atenção Básica de levar a discussão da saúde mental aos outros profissionais da Unidade, entende esta tarefa como um trabalho de cobrança em relação aos demais profissionais.

Acaba que o psicólogo da ponta fica com o encargo de cobrar coisas dos seus colegas, sobre os quais você não tem gestão, por isto que eu acho que tinha que vir uma determinação de cima para baixo: “você têm que organizar o serviço”, tem que envolver, assistente social, enfermeiro, médico, farmacêutico querendo ou não querendo, porque o trabalho, não pode ter esta coisa de não quero trabalhar com saúde mental e nada acontece, não quer trabalhar e não trabalha (Profissional 3).

Nesta perspectiva, este psicólogo reconhece sua atuação como voltada a direção, planejamento e avaliação do serviço, de modo que cabe a ele verificar os casos que precisam de atendimento psiquiátrico e fiscalizar se os usuários com algum sofrimento psíquico estão fazendo uso regular da medicação, assim sua atividade parece orientar-se a partir da prescrição médica psiquiátrica.

A gente tem ali coisa de direção, planejamento, avaliação do trabalho. A gente vê o caso se precisa ir para o psiquiatra, se está tomando o remédio, por exemplo, é questão da saúde mental, está em crise é PA mesmo, vai falar comigo? Eu não dou remédio. Eu não sou médica. Estes dias mesmo veio uma mãe: ‘mas você marcou a minha filha para daqui a dois meses’, eu olhei: ‘oh, sua filha foi no psiquiatra e ele nem deu medicação, eu avalio então que ela pode esperar dois meses’ (Profissional 3).

Este psicólogo destaca em sua fala a necessidade de políticas afirmativas, que assegure o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico por todos os profissionais da Atenção Básica, tendo em vista o histórico de exclusão deste sujeito também neste nível de atenção. Contudo, defendemos que isto não deve significar uma ação impositiva e hierarquizada, pois como os próprios resultados deste estudo apresentaram, a cobrança e obrigação percebida e anunciada por alguns profissionais em relação ao matriciamento em saúde mental, por exemplo, não gerou implicação, mas resistência dos trabalhadores à proposta, a qual pretende prioritariamente contribuir para a integralidade do cuidado. Inclusive, este mesmo psicólogo, ao relatar suas atividades de grupos terapêuticos, refere dificuldade em agregar outros profissionais a compor a coordenação destes espaços grupais, por uma rejeição, por parte dos demais profissionais, a aceitarem suas solicitações.

Neste contexto, destacamos o trabalho em saúde mental, incluindo o matriciamento desta temática, como processual, que envolve ação de desmitificação de alguns preconceitos, de convencimento/sedução e acolhimento dos demais profissionais de saúde em seus medos e entendimentos variados, por exemplo, na direção de garantir que todos possam contribuir para este cuidado com aquilo que tem de recurso pessoal e profissional.

Como bem nos traz Carvalho (2005), é o envolvimento destes profissionais no pensar processualmente estas propostas de ação, de acordo com a sua realidade e aquela que se apresenta em seu território, que faz com que eles se sintam fortalecidos a contribuir pela construção destes territórios vivenciais prazerosos,

que envolvem relações de confiança e solidariedade, combinando trabalho inventivo com compromisso social, para um cuidado efetivamente integral.

Algumas considerações

Foi possível apreender a partir dessa pesquisa, que o entendimento compartilhado pelos profissionais de saúde sobre matriciamento orientaram a atuação dos psicólogos inseridos na Atenção Básica e as práticas dos demais profissionais em relação à Saúde Mental. Aqueles psicólogos, que juntamente aos demais profissionais, trouxeram, por exemplo, a concepção de que o matriciamento refere-se a uma prática baseada em relações de cobranças e hierarquias, sustentaram uma atuação voltada unicamente ao atendimento ambulatorial em Psicologia, de modo que o psicólogo se manteve quase que exclusivamente responsável pelo cuidado em Saúde Mental. Por outro lado, aqueles que partilharam da concepção de que o Matriciamento refere-se ao compartilhamento de saberes e práticas em saúde mental, conseguiram construir uma atuação integrativa a partir de parcerias firmadas para um cuidado mais integral.

Pode-se dizer que têm coexistido nas Unidades de Saúde, práticas, que apesar de serem entendidas como de Matriciamento, se diferenciam nos conceitos de mundo, sujeito e saúde que as embasam e na própria concepção que carregam sobre Matriciamento em Saúde Mental. Os entendimentos trazidos nessa pesquisa pelos entrevistados por vezes estiveram sustentados em uma

perspectiva de saúde como ausência de doença, ao discutir, por exemplo, a resolutividade do Matriciamento ou ainda ao trazer a ideia de compartimentalização dos sujeitos, por conceber que cabe unicamente ao psicólogo os cuidados em Saúde Mental. Em outras ocasiões fez-se presente uma perspectiva mais ampliada de saúde, em que foram propostas alternativas de cuidado a partir da realidade daquele território, pela desmedicalização e pela não fragmentação dos sujeitos nas questões que circundam sua mente e seu corpo.

Apesar dessa variedade de entendimentos e práticas envoltas ao Matriciamento em Saúde Mental, predominaram nessa pesquisa concepções a respeito do Matriciamento que não contribuem para sua efetivação naquilo que se propõe a nível teórico, conforme trazido neste texto por Campos (1999) e Campos e Domitti (2007), o que implica em um distanciamento da perspectiva de articulação interdisciplinar e intersetorial por uma clínica ampliada. Tem-se todo um contexto de associação exclusiva dos *psís* a saúde mental, de fragmentação do cuidado em especialidades, de relações hierarquizadas entre especialistas e generalistas, que reforça a manutenção de práticas individualizadas e obstaculiza a efetivação de parcerias para a Promoção à Saúde.

No entanto, também são inegáveis as contribuições trazidas pelo Matriciamento em saúde mental, mesmo diante das dificuldades de se efetivar nessa realidade, em toda a sua potencialidade. Assim como trazido por outros atores (FIGUEIREDO, 2006, FIGUEIREDO & CAMPOS, 2009) que discutem a temática,

o Matriciamento efetivado nesse município vem contribuindo para o cuidado em saúde mental na medida em que outros profissionais, para além do profissional *psi*, têm se apropriado e se inserido como também responsáveis pelo cuidado em saúde mental. A Atenção Básica vem reconhecendo as pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direito, que devem igualmente ser cuidadas nesse espaço da Unidade de Saúde, desmitificando ideias relacionadas à periculosidade e irrecuperabilidade desses também usuários de saúde, entre os próprios profissionais da Atenção Básica.

Em relação a essas contribuições que o Matriciamento vem trazendo para saúde mental, tem-se o exemplo trazido neste texto de construção de ação voltada à “diminuição do uso de benzo”, em que o psicólogo foi demandado a atuar junto à equipe da Atenção Básica de outro modo que não unicamente direcionado ao atendimento individual psicoterápico e assim foi possível construir, a partir da necessidade daquele território, articulações interdisciplinares para a efetivação de um cuidado condizente à realidade das pessoas em uso abusivo de benzodiazepínico.

Diante das potencialidades e dificuldades apontadas neste texto, relacionadas à efetivação do Matriciamento em saúde mental, indicamos que essa proposta de trabalho e as relações suscitadas por ela entre profissionais, serviços, gestores e usuários sejam insistentemente e constantemente colocadas em análise, no sentido de problematizar: estamos atuando no sentido de reforçar a ideia de que cabe a cada um a sua parte no tratamento em saúde? Ou estamos nos

envolvendo na invenção de uma saúde que requer lutas coletivas para um cuidado integral? Trata-se de uma estratégia em construção, a qual requer um trabalho contínuo de afirmação de suas potencialidades em contribuir para a construção de um sistema de saúde de qualidade em sua proposta de cuidado integral também às pessoas que vivenciam a experiência de sofrimento psíquico por todos os profissionais de saúde, independente de formação na área *psi*.

No mais, a partir dessa pesquisa é possível indicar ainda a necessidade de colocar em discussão, junto à gestão, as equipes da Atenção Básica e os psicólogos atuantes nas Unidades de Saúde, o papel da Psicologia nesse nível de atenção, para que assim os psicólogos possam afirmar também o seu lugar de atuação pela Promoção à Saúde ao se estabelecer parcerias para a proposição de ações condizentes com as necessidades locais, que promovam uma mudança na produção social da demanda, atualmente voltada, predominantemente, ao consumo desenfreado de medicamentos e de atendimentos especializados em saúde mental para situações-problema, por vezes, coletivas, que ultrapassam a governabilidade de ação de um único setor. Como trazido por Franco e Merhy (2005, p.14) "... é necessário ter um processo que procure construir novas bases produtivas para a saúde, baseadas no agir cotidiano dos sujeitos, tendo como pressuposto modelos centrados nos usuários, respeitando sua singularidade, atuando como produtores do cuidado integral à saúde".

Referências

ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (Org.). **Cenários Sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2015. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil** – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.17, n.2, p.26-32, 2005.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: Sujeito e Mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. 172 p.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.5, n.1, p.95-121, 2000.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n.2, 57-63, 2001.

FERREIRA NETO, J. L.; Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. **Saude em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.78, p. 18-26, 2008.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.30, n.2, p.390-403, 2010.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica**: Um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D., & Campos, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, v.32, n.79, p.143-149, 2009.

FRANCO, T. B., & MERHY, E. E. Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.

FREIRE, F. M. de S.; PICHELLI, A. A. W. S. Princípios norteadores da prática psicológica na Atenção Básica: em busca da integralidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.30, n.4, p.840-853, 2010.

LOURAU, R. Implicação: um novo paradigma? In: Altoé, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. (pp. 246-258). São Paulo: Hucitec, 2004.

LUSSI, I. A. de O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.448-456, 2006.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. (pp. 639-644). IMS: Abrasco, Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

PEDROSO, R. T. & VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface** (Botucatu), v.13, n.1, p.695-700, 2009.

ROMANHOLI, A.C. **Na corda bamba**: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Atenção Primária. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

SPINK M. J. P. (Org). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.5-19, 2004.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.585-598, 2005.

TENÓRIO, F. A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos serviços de saúde do município de Vitória (PMAQ Vitória) e Incentivo de Desempenho Variável (IDV)**. Vitória, ES: Secretaria de Saúde, 2014.

4.5 ESTUDO 5¹²

Resumo: Objetivou-se analisar as concepções dos gestores sobre matriciamento em saúde mental, suas avaliações dos efeitos desta estratégia e suas propostas de fortalecimento deste matriciamento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 gestores. Os resultados apontaram três grupos de entendimentos: matriciamento como trabalho conjunto entre saúde mental e atenção básica, como estratégia de fiscalização do trabalho da atenção básica e como dispositivo de formação e orientação para ação em saúde mental. Destacou-se ainda a ampliação do cuidado em saúde mental, com o matriciamento, e a dificuldade de efetivação de encontros produtivos pautados na construção de parcerias para promoção à saúde. Assim, verifica-se a importância do matriciamento ser colocado constantemente em análise, acreditando que este fazer interativo possibilita o cuidado integral em saúde.

Palavras-Chaves: Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica, Gestão. Centro de Atenção Psicossocial.

The Management Perspective about Support Matrix in Mental Health

Abstract: The objective was to analyze the conceptions of managers on mental health matrix support, their assessments of the effects of this strategy and its proposals to strengthen this support. We held semi-structured interviews with 11

¹² Este estudo será submetido à avaliação da Revista Saúde em Debate.

managers. The results showed three groups of understandings: matrix support as joint working between mental health and primary care, as labor inspection strategy of primary care and as a training device and guidance for mental health action. It was also highlighted the expansion of mental health care, with matrix support, and the difficulty of execution of productive meetings lined in building partnerships for health promotion. Thus, there is the importance of specialist orientation be placed constantly under review, believing that this interactive make possible the comprehensive health care.

Key words: Matrix supports, Mental Health, Primary Care, Health Management, Psychosocial Care Centers

Introdução

O Matriciamento foi descrito em 2003, pelo Ministério da Saúde, como “um arranjo organizacional que visa dar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população” (BRASIL, 2003, p.80). Na perspectiva deste estudo, defendemos que o Matriciamento vai para além de um suporte técnico, essa estratégia de trabalho tem a potencialidade de se constituir em um encontro produtivo entre equipes com saberes, vivências e práticas diversas, que ao compartilharem tais conhecimentos, devem atuar conjuntamente para um cuidado mais integral em saúde.

Em outras palavras, o Matriciamento consiste em uma prática voltada à estruturação da rede de saúde por meio do fortalecimento das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo usuários e gestores. O Matriciamento, tema deste estudo, é tratado aqui em sua capacidade de fortalecimento dos sujeitos e coletivos por meio de sua proposta de compartilhamento de saberes e práticas entre atores diversos, pela democratização das relações, transformando e superando modelos hierarquizados (BERTUSSI, 2010; BRASIL, 2004).

O Matriciamento fomenta a discussão de que uma pessoa sozinha não faz funcionar um sistema, tampouco detêm “o saber” sobre ele, é necessário o envolvimento de um “exército de pessoas” para fazê-lo funcionar, o entrecruzamento dos saberes singulares e a aproximação com a vida em seu movimento (BARROS, 2003).

Para tanto, torna-se imprescindível a abertura de novos canais de diálogo, o que implica, necessariamente, civilizar fronteiras, dissolver as barreiras existentes entre especialistas e generalistas, entre clínica e gestão, entre quem formula e quem executa. Neste sentido, a estratégia de Matriciamento busca promover encontros entre equipes que devem estar juntas em um processo de comunicação contínuo para a integração de saberes e práticas. Vale destacar que não se trata apenas de um compartilhamento de saber como transmissão de informação, mas de uma construção de saberes, que se dá a partir destes

encontros produtivos e, principalmente, de corresponsabilização pela prática de cuidado.

Nesse contexto, a gestão em suas funções de planejamento, coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, tem um papel importante também nessa proposta de Matriciamento, podendo tanto representar um obstáculo a essa prática, por uma tentativa de controle dos sujeitos a partir de seus interesses e dos conceitos que carregam, quanto pode possibilitar a reinvenção do trabalho, pela certeza que o processo de gestão envolve todos os atores envolvidos na produção de saúde, conforme trazido pela Política Nacional de Humanização (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2004; BRASIL, 2009).

Apesar de termos clareza que o processo de gestão não está restrito a um único sujeito, corroboramos o entendimento de que os gestores formalmente designados como tais “ocupam um papel específico que os diferencia dos outros atores que participam do processo de gestão, tanto nas responsabilidades, na forma de produzir e exercitar o poder” (SILVA, 2012, p.37), o que significa também dizer que tem concepções específicas sobre a temática em questão nesse estudo.

Por tudo isto, entendemos ser importante considerar as concepções dos gestores a respeito do Matriciamento para refletirmos sobre as possibilidades concretas de reversão de uma prática de gestão historicamente hierarquizada para outra voltada à cogestão, a partir do Matriciamento. Isto porque, a política em si, no

papel, não garante sua efetividade; entendemos que o modo como estes profissionais gestores entendem e atuam junto à proposta de matriciamento interfere diretamente na possibilidade de concretização ou não desta prática em toda a sua capacidade de produção de autonomia, de integralidade do cuidado e da intersectorialidade da atenção.

O Matriciamento necessita também de credibilidade por parte dos gestores, no sentido de favorecer a gestão participativa, pautada em uma perspectiva crítica e política de trabalho, que não reforce os especialismos, os quais reproduzem práticas empobrecidas e pouco favoráveis a produzir efeitos desinstitucionalizantes nas vidas de todos os sujeitos envolvidos – usuários, familiares, gestores e profissionais do SUS (DIMENSTEIN et al., 2009).

Neste sentido, este estudo teve por objetivo analisar as concepções dos gestores sobre o matriciamento em saúde mental, as avaliações que eles têm a respeito dos efeitos que esta estratégia tem alcançado, bem como suas propostas para o fortalecimento do matriciamento em questão.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um município do sudeste do Brasil, que concretiza o Matriciamento em saúde mental a partir de seus três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS adulto, CAPS álcool e drogas e CAPS infantil). Vale destacar que o município possui algumas

particularidades no que diz respeito aos profissionais que compõem as Unidades da Atenção Básica, que conta com uma equipe ampliada composta de assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra e psicólogo em suas 30 US. O município está dividido em seis regiões de saúde, cada qual abrange um território específico, com realidades diversificadas.

Para realização desta pesquisa foi selecionada uma Unidade de Saúde de cada região, totalizando seis Unidades de Saúde, sendo que quatro delas funcionam na lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outras duas atuam como Unidades Básicas sem ESF. Para escolha destas Unidades, a pesquisadora – que é servidora pública do município – selecionou aquelas com as quais mantinha menor contato no dia a dia de trabalho. A partir daí foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores destas seis Unidades de Saúde, com os gestores dos três CAPS, com o atual coordenador municipal da área técnica de saúde mental e com o coordenador da época da implantação do Matriciamento no município, a fim de apreender as percepções da gestão a respeito do matriciamento em saúde mental. As 11 entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em áudio após a devida autorização dos participantes, da Secretaria Municipal de Saúde, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa.

Seguiu-se com a análise dos dados, a qual se utilizou da análise de conteúdo definida por Bardin (1988) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações voltadas a obter indicadores que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens, por meio de procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A seguir no tópico “Resultados e Discussões” apresentamos as concepções trazidas pelos gestores sobre o Matriciamento em saúde mental, as suas percepções sobre as transformações suscitadas pelo matriciamento, as suas problematizações a respeito das dificuldades relacionadas ao matriciamento e as propostas de mudanças para este Matriciamento.

Resultados e Discussões

Pensando o Matriciamento em Saúde Mental

Quando estimulados à reflexão sobre o matriciamento em saúde mental, os gestores entrevistados trouxeram entendimentos que se assemelham, se diferenciam e se complementam.

O primeiro entendimento trazido pelos gestores destaca o matriciamento como uma possibilidade de trabalho conjunto entre saúde mental e atenção básica, destacando a apropriação da temática e do cuidado em saúde mental por parte das equipes da Atenção Básica.

O apoio matricial veio para abrir os olhos destes profissionais em relação à saúde mental, até porque antes tinha aquela coisa muito prática de encaminhar: ‘Tem transtorno mental vai para o psicólogo’. A intenção do

apoio é envolver uma equipe multiprofissional, trabalhar junto, este paciente chegar à Unidade e ele ter uma referência, mas não uma pessoa como referência, uma equipe como referência (gestor US 2).

Nesta linha de raciocínio, segundo análise do coordenador municipal 2, o apoio matricial em saúde mental conseguiu cumprir dois de seus objetivos: fazer com que a pessoa em sofrimento psíquico circule nos espaços da Unidade de Saúde e ampliar a apropriação do cuidado em saúde mental por parte das equipes da Atenção Básica.

Até pelas queixas você vê os avanços, se as pessoas se queixam, solicitam capacitação, discussão, vaga de internação, são problemas a serem enfrentados, mas que mostram que tem caso cuidado. O apoio entrou como ordenador do cuidado, envolvendo a rede, no sentido de produzir um arranjo institucional entre as políticas intersetoriais que incidem sobre aquele sujeito (coordenador municipal 2).

Esta discussão aponta a abertura para um trabalho integrado conforme almejado pela proposta teórica do matriciamento em saúde mental, que inclusive vai além de uma interação entre Unidade de Saúde e CAPS, para uma perspectiva de ação em rede, que deve atuar para desfazer aquelas relações hierárquicas, que distanciam e separam profissionais de saúde, usuários e gestores.

A partir daí se estruturam possibilidades concretas de um cuidado integral construído mediante as necessidades da população assistida, pela valorização de relações entre sujeitos, que passam a ser referidos pelo nome e a história que possuem, estimulando a corresponsabilização pela produção de saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2003). Nesta lógica, o gestor Unidade de Saúde 2 convoca uma relação usuário-equipe, expandindo, assim, inclusive as possibilidades de relações destes sujeitos em sofrimento no sentido de produção de autonomia, que

diz da ampliação de suas interações com o outro e com o mundo que o rodeia. Não se trata, portanto, de uma relação profissional psi e usuário, no caso do matriciamento em saúde mental, mas de uma convocação a todos os profissionais em exercerem a função, do campo de saber da saúde, de cuidar de qualquer que seja o sujeito que demande atenção nestes serviços.

Certamente, a Atenção Básica tem possibilidade de contribuir para a construção daquele outro lugar social, anunciado por Birman (1992), para as pessoas em sofrimento psíquico, ao transpor este sofrimento de uma posição exclusivamente individual para dimensão social, que relaciona vários aspectos a esta situação vivida e assim opera ações de cuidado em rede, as quais consideram, mesmo os sujeitos em sofrimento, como indispensáveis nestas negociações cotidianas de promoção de vida.

Essa potencialidade da Atenção Básica se afirma nas diretrizes que a sustenta e, em especial, pela proximidade com a vida em seu movimento, que a possibilita trabalhar junto a estes sujeitos e a população de um modo geral o lugar social do sofrimento psíquico, que não da doença, da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da insensatez, da incompetência e da incapacidade, para a reconstrução da cidadania e contratualidade social destas pessoas (AMARANTE, 1999; KINOSHITA 1996).

Neste contexto, o apoio matricial em saúde mental tem a importante função de fomentar encontros efetivos entre saberes e práticas diversas e complementares

que componham esta complexa intenção de cuidado integral, considerando que a maioria dos profissionais da Atenção Básica não possui ainda em sua formação técnica tal enfoque em saúde mental e mesmo se o tivesse, tal cuidado requisita necessariamente quantos mais entrecruzamentos possíveis, tendo em vista toda uma história de estigmatização e exclusão social.

No entanto, sabe-se da dificuldade de tais articulações entre profissionais e serviços, tanto que os gestores destacam que o matriciamento em saúde mental depende ainda, em grande parte, do “perfil” do psicólogo. “Eu vejo que depende do psicólogo que está lá, se está disposto, se quer fazer junto ou se não quer também fica o apoio meio sem acontecer. É o psicólogo que ainda leva a discussão para a equipe da Unidade” (gestor CAPS B).

Isto aponta certa dificuldade da Atenção Básica ainda, na ausência do profissional *psi*, no caso da saúde mental, em assumir o cuidado pela sua população adscrita independente da patologia que se apresenta, mas também assinala certo avanço neste cuidado em saúde mental por esta mesma equipe da Atenção Básica, uma vez que, aparentemente, este profissional *psi* já consegue levar esta discussão para equipe da Unidade de Saúde, mesmo se mantendo como referência da área. Certamente esta referência se mantenha em certo grau, pela especificidade do núcleo *psi*, a qual não se pode perder de vista sua importante contribuição também neste cuidado; assim como não podemos deixar de destacar a ideia da relevância do saber da psiquiatria nesta composição, como trazido pelos gestores das Unidades de Saúde. “A gente também precisa de mais vindas do psiquiatra,

tem coisas que o médico de família também quer esclarecer sobre medicação, por exemplo, detalhes médicos que ficam de fora”.

Como discutido em outro estudo sobre a temática (IGLESIAS, AVELLAR, 2015a), há que ser cauteloso com a supervalorização da psiquiatria em detrimento aos outros saberes indispensáveis neste cuidado em saúde mental, mas também com a desconsideração destas práticas neste cuidado, sob o risco de se manter uma disputa de poder no campo da saúde que distancia a efetivação da integralidade que tanto buscamos alcançar. Essa dificuldade de acesso ao psiquiatra neste processo de matriciamento em saúde mental já foi apontada em outro estudo (FIGUEIREDO, 2006) e justificada pela pouca presença deste profissional na rede, o que em alguns momentos tem dificultado este trabalho de cuidado, principalmente dos casos mais graves, mas também despertado um processo inventivo interessante por parte das equipes na construção de estratégias variadas de cuidado e promoção da equidade do acesso, uma vez que se opera uma análise detalhada das vulnerabilidades e recursos de cada usuário, para então indicar a intervenção psiquiátrica.

Como trazido pelo coordenador municipal da área técnica de saúde mental 1: “...o apoio matricial precisa acontecer para favorecer uma lógica de atenção que passa por certa noção de integralidade, reabilitação psicossocial, corresponsabilidade do serviço com o cuidado”. Todas estas noções são priorizadas de certo modo pelo Sistema Único de Saúde, pela Atenção Básica e pelo modelo de atenção psicossocial, baseadas em uma perspectiva ampliada de saúde pela promoção à

saúde, a qual preconiza relações transversais, uma vez que considera importantes as contribuições de todos para as mudanças sociais necessárias a produção de vida, por meio também da descentralização do poder.

Contudo, apesar desta sua perspectiva teórica voltada a horizontalização das relações de poder, na prática, o apoio matricial também tem se afirmado, conforme trazido por alguns gestores de Unidades de Saúde, como um dispositivo que acabou por reiterar aquelas relações verticalizadas entre especialistas e generalistas: “O apoio vem aqui já naquela forma engessada: ‘é assim, tem que ser assim’ (...) a gente sente a necessidade de discutir como vai ser a conduta de cada caso” (gestor US 3).

A partir desta discussão os gestores trazem um segundo entendimento sobre matriciamento em saúde mental, que o destaca como uma estratégia que veio para fiscalizar o trabalho da atenção básica, o que resultou em resistências por parte da atenção básica à proposta e na manutenção de relações hierarquizadas entre profissionais da atenção básica e os profissionais voltados à discussão em saúde mental. “O apoio na verdade é para dizer o que tem que fazer, fiscalizar, cobrar, aí fica difíceis as relações, por que são profissionais do mesmo nível, só de serviços diferentes”.

Ao contrário das discussões trazidas até aqui neste texto, este gestor apresenta a possibilidade de se manter relações hierárquicas de poder-saber também a partir do matriciamento, demonstrando que o encontro em si não garante a

transversalidade das relações e o compartilhamento efetivo de saberes e práticas.

Em relação a isto, Onocko-Campos (2003) argumenta sobre a imprescindibilidade do matriciamento se desvincular de qualquer linha de mando, para assim aprimorar o desvelamento dos usos do poder e desnaturalizar a forte associação entre técnica e poder. Trata-se de relações e construções históricas que precisam ser trabalhadas e colocadas em análise cotidianamente, para que as hierarquias entre categorias profissionais e/ou entre serviços, por exemplo, não se mantenham também a partir desse dispositivo que se pretende articulador de rede.

Neste sentido, falando de relações, esta análise envolve repensar o lugar da equipe de referência que, muitas vezes, espera do matriciador a resposta pronta e definitiva para o problema que apresenta; e a posição do matriciador que, por vezes, se coloca no lugar de saber e define ao outro o que deve e não deve ser feito. Bertussi (2010) destaca a importância de que as equipes envolvidas se vejam sempre como partes da construção de alternativas de soluções e não como clientes de salvadores da pátria e/ou como as próprias salvadoras. Tudo isto requer dos envolvidos uma disponibilidade de – ao invés de travar uma disputa pelo poder para si, para seu serviço ou para sua categoria profissional - abrir-se a possibilidade de construção de outras formas de fazer saúde, acessando intensidades, potências de luta, escuta e invenção coletiva.

O terceiro entendimento trazido pela gestão associa o matriciamento à função

formativa e de orientação para a ação em saúde mental. “Eu entendo que no matriciamento uma equipe que está diante de um caso complexo solicita o apoio para quase que supervisionar o caso e dar orientação a esta equipe para ação, como uma formação mesmo” (gestor CAPS C).

Iglesias, Avellar e Dalbello-Araújo (2015c) destacam o valor do matriciamento neste quesito formativo, contudo, há que se diferenciar esta proposta de um trabalho de supervisão, naquele sentido taylorista de controle e fiscalização do cumprimento de normas (CAMPOS, 1998); ao contrário, como argumentado por Campos, Cunha e Figueiredo (2013), o matriciamento atua na construção de análises e propostas de ação, mas também, conforme necessário, na efetivação de práticas conjuntas entre matriciador e matriciando.

No mais, vale ressaltar a defesa de que este processo formativo a partir do matriciamento se dê em uma via de mão dupla, de modo que tanto matriciados quanto matriciadores se beneficiem destas trocas de saberes e práticas na revisão de suas práxis cotidianas. Neste sentido, o gestor CAPS, destaca em sua fala os benefícios deste trabalho para os CAPS, afirmando a ideia de tratar-se de uma possibilidade de abertura e aproximação dos CAPS com o território: “Com o apoio você sai daquela coisa de CAPS só para dentro, fechado, que repete um pouquinho desta coisa manicomial para visualizar uma série de outras possibilidades que não conseguia ver” (gestor CAPS B).

Interessante e importante destacar esta relevância do matriciamento também para

o CAPS, desbancando qualquer ideia de hierarquização, como destacado pelo gestor CAPS B, “nesta relação todos se beneficiam”. A provocação do matriciamento em fazer circular matriciadores e matriciandos, tem força para favorecer o conhecimento de outras possibilidades de cuidado, a partir do reconhecimento dos outros atores, de serviços e de setores diversificados, em suas possibilidades de cooperar pela promoção à saúde.

Refletindo sobre as mudanças ocorridas a partir da implantação do Matriciamento em Saúde Mental

Em relação às mudanças ocorridas no cuidado em saúde mental a partir do matriciamento, os gestores que trazem a concepção relativa a apropriação do cuidado em saúde mental pela atenção básica, destacam o fato de que casos difíceis no campo da saúde mental passaram a serem cuidados também por esse nível de atenção. Para o gestor Unidade de Saúde 4, inicialmente, os profissionais da Atenção Básica tinham medo de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, “eles se sentiam mal de não cuidar, mas o medo era maior, mas com o apoio do apoio isto melhorou”. Nas palavras do coordenador municipal da área técnica de saúde mental 2:

Muitos abraçaram mesmo, fizeram oficinas, grupos, geração de renda, passaram a cuidar de alguns casos até sozinha, buscava somente ajuda quando chegava ao limite. Ajudaram também nisto aqueles psicólogos da Unidade que se colocaram no território em uma relação de apoio, voltado para a promoção, fazendo busca ativa, cartografando com olhar epidemiológico as questões da saúde mental, descobrindo novos casos - muitos casos de cárcere privado apareceram - entendendo como as pessoas usam drogas no território, muitas coisas melhoraram em relação a garantia de cuidado em saúde mental, incluindo os casos mais graves. Os serviços de internação, inclusive falam que quando é paciente

morador do município é bem mais tranquilo, porque eles sabem que o paciente vai ser cuidado.

Sendo assim, pode-se dizer que aquele objetivo do matriciamento em saúde mental de ampliação da atenção às pessoas em sofrimento psíquico parece em grande parte ter sido alcançado, o que se acredita ter a ver também com a presença do psicólogo na Atenção Básica, quando consegue garantir a proximidade com o território e sistematicidade da presença da saúde mental nas Unidades, que talvez os CAPS – como matriciadores – sozinhos não conseguiriam assegurar em toda sua amplitude (IGLESIAS, AVELLAR, 2015a). Assim sendo, conseguiu-se ampliar o escopo de ações ofertadas, que tem, aparentemente, importante potencial promocional, já que a partir da fala do coordenador, as intervenções não se fixam na doença, mas na possibilidade, por exemplo, de gerar renda.

Estas mudanças, de acordo com os gestores que trazem tais discussões, parecem relacionar-se também ao trabalho do matriciamento em reconhecer e atuar por desfazer os “fantasmas” das equipes, que fazendo parte de uma sociedade que associou – e ainda associa – a loucura e o consumo prejudicial de álcool e outras drogas à periculosidade e a tantas outras negatividades, tem seus medos em operar com pessoas em sofrimento psíquico. Nesta condição de medo, fica difícil qualquer equipe visualizar possibilidade de cuidado em saúde mental, quanto mais a proposição e efetivação de ações neste sentido de cuidado. Aí o matriciamento pode exercer mais uma de suas possibilidades: a de suporte naquilo que assusta uma determinada equipe e/ou a faz sofrer. O sofrimento da equipe pode vir também desta dificuldade de visualizar estas estratégias de

cuidado frente a situações tão complexas, que surgem no cotidiano da saúde mental e neste sentido, estas equipes, também vivenciando um momento de sofrimento, tendem a se afastar do compromisso com o cuidado. Desta forma, faz-se indispensável o olhar do outro, o encontro produtivo, a troca, o *feedback* daquilo que já foi feito e das alternativas futuras possíveis neste trabalho em saúde mental, para que estas equipes sintam-se fortalecidas ao cuidado.

Nicácio (2003) aponta a importância das discussões destes medos e angústias das equipes no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico também nestes espaços de encontro, para além do caso propriamente dito. A autora problematiza que estes sentimentos têm relação com a cultura de associação da loucura a periculosidade, mas também com a dificuldade em lidar com o desconhecido, com a imprevisibilidade do sofrimento psíquico. Estamos falando de sujeitos que vivenciam tal situação de sofrimento de modo singular e que, portanto, requisitam a invenção constante de modos de cuidar. Contudo, esta expressão dos medos e angústias não é algo simples, tendo em vista, por exemplo, uma formação em saúde voltada ao bem estar a qualquer custo, inclusive do profissional prestador do cuidado. Neste contexto, é necessária uma construção cotidiana de vínculo entre os profissionais envolvidos de modo que se sintam à vontade também para trazer suas fragilidades para a roda de conversa. Este processo vai da recusa destes sentimentos à sua invalidação, a partir daí tem se estruturado a possibilidade concreta da ampliação de uma comunicação verdadeiramente aberta entre matriciadores e matriciados, que sustentados em uma relação de parceria tem fortalecido seu agir cotidiano.

Outra mudança percebida por esses gestores refere-se a melhoria do contato do médico de família com o psiquiatra, a partir da implantação do matriciamento em saúde mental neste município. Outras aproximações também foram possíveis ser percebidas a partir do matriciamento em saúde mental, como pontuado por alguns gestores, como, aproximação e melhoria das relações entre os CAPS, aproximação da Atenção Básica com a temática da saúde mental e aproximação do CAPS com o território.

Todos estes movimentos de aproximação parecem ter contribuído para uma mudança importante no campo da saúde mental: a redução do número de internações psiquiátricas. “Teve uma redução dos números de internação. Então, são sinais que não foram formalizados, mas que mostram que tem um efeito, inclusive externo” (coordenador municipal 2).

Neste caso, o município parece ter conseguido ampliar as possibilidades de respostas ao sofrimento psíquico, que não necessariamente o internamento. Segundo Júnior, Melo Braga e Dias (2010) estas situações de redução do número de internações se relacionam diretamente a construção de garantias e condições para que o sofrimento psíquico seja manejado com os recursos do território, por entenderem o vínculo como a maior tecnologia que a terapêutica da Saúde Mental dispõe. Sendo assim, relacionamos todas as aproximações possibilitadas pelo matriciamento, sejam entre os CAPS, entre estes e o território e entre a Atenção Básica e a saúde mental como importantes na efetivação da Reforma

Psiquiátrica em toda sua potencialidade.

Por fim, vale mencionar que tiveram gestores, principalmente aqueles que trazem a concepção do matriciamento como estratégia de fiscalização do trabalho da atenção básica, que afirmaram não reconhecer qualquer transformação propiciada por esse matriciamento.

Problematizando as dificuldades relacionadas ao Matriciamento em Saúde Mental

Em relação às dificuldades para a efetivação do Matriciamento em saúde mental, compareceu uma diversidade de entraves de ordem organizacional, estrutural e relacional, de acordo com os diferentes pontos de vistas dos gestores, os quais compõem importantes reflexões a proposição de mudanças com vistas ao fortalecimento desta importante estratégia matricial para a promoção à saúde e a desinstitucionalização do cuidado.

Na realidade das Unidades de Saúde que ainda não funcionam na lógica da Estratégia de Saúde da Família, os gestores referiram que a falta de reuniões de equipe e de carga horária dos médicos clínicos na composição deste cuidado em saúde mental representa um dificultador à efetivação do matriciamento, entendido como uma possibilidade de trabalho em conjunto.

A primeira dificuldade é o fato de não ser estratégia, que você realmente tem que acompanhar mais de perto os casos e não consegue. É a reunião que não tem, o médico que é só 4 horas. Você fica travado em

algumas ações de promoção, de prevenção, de grupo, de estar junto para intervir junto (gestor US 2).

A Estratégia de Saúde da Família já foi anunciada por alguns autores (SOUZA, 2004; SCÓZ, FENILI, 2003; MELO, 2009) como um importante dispositivo de promoção de outros modos de se relacionar e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, isto porque, dentre os seus princípios norteadores, traz a coordenação do cuidado integral e o acompanhamento longitudinal do processo saúde-doença como fundamento de seu cotidiano de trabalho, facilitado também pela presença do agente comunitário de saúde. No caso do sofrimento psíquico esta longitudinalidade do cuidado se faz extremamente importante, tendo em vista tratar-se de situações que não implicam resoluções imediatas, ao contrário, requisitam uma constituição de vínculo, por exemplo, que só se constrói pela proximidade e disponibilidade de quem cuida e é cuidado. No mais, por todo um histórico de restrição do transtorno mental ao manicômio – lugar zero de trocas sociais – o trabalho atual com a saúde mental necessita ainda mais investimento, no sentido de desconstruir e construir “no interior das casas, na vizinhança, na comunidade, outras relações com as diferenças”, para que assim estas pessoas possam “ocupar outro espaço de circulação” na sociedade (SOUZA, 2004, p.141).

Neste contexto, afirmar-se a força da ESF neste trabalho em saúde mental, o que não significa a inviabilidade deste cuidado também nos espaços daquelas Unidades que não funcionam na lógica da Estratégia de Saúde da Família. A Atenção Básica em si caracteriza-se por sua valorização da acessibilidade, continuidade, integralidade para a promoção, prevenção, proteção e reabilitação em saúde (STARFIELD, 2002; Brasil, 2006). Contudo, torna-se difícil a efetivação

destas propostas se não estiverem garantidos carga horária suficiente dos profissionais de saúde e o trabalho em equipe, por exemplo. Como bem destacam Campos, Gutiérrez, Guerrero e Cunha (2008) a própria produção de saúde depende necessariamente, tendo em vista toda a sua complexidade, do entrecruzamento de vários saberes, para tanto não se pode perder de vista a necessidade da organização do processo de trabalho de modo que os profissionais que compõem as Unidades de Saúde – independentemente de ser ou não ESF – atuem efetivamente como equipe. “Encontrando campos de atuação que possam ser implementados por todos os membros de forma interdisciplinar ao lado de núcleos de práticas específicas de cada categoria de trabalhadores” (p.112).

No caso específico da proposta matricial é impensável sua efetivação em toda a sua potencialidade sem o estabelecimento de reuniões de equipe regulares, favoráveis concretamente às trocas necessárias à construção de um cuidado integral. Concretamente porque não basta estar garantido nas agendas um horário para estes encontros, se reproduzirmos nestes espaços relações verticais de poder em que uma minoria opina e decide sobre o melhor a se fazer no campo da saúde. Figueiredo (2006) e Oliveira (2011) também trazem em seus estudos a reflexão sobre a indispensabilidade das reuniões de equipe, incorporadas como rotina de trabalho, para a operação do matriciamento. Reuniões que se configurem como dispositivos de cogestão, garantidas e incitadas pelo gestor do serviço.

Ao falarmos de cogestão, estamos mais uma vez argumentando neste estudo a necessidade de envolvimento de todos os profissionais e não a restrição da responsabilidade ao psicólogo, no caso da saúde mental, pelo cuidado destas pessoas em sofrimento. Por exemplo, os demais profissionais podem também incorporar às suas ações em saúde, conversas sobre a ansiedade ou a tristeza vivenciada pelo usuário, ao mesmo tempo em que fala das outras questões de saúde, independentemente de ser ou não ESF, abrindo, assim, caminhos para uma clínica mais ampliada (FIGUEIREDO, FURLAN, 2008).

Segundo Figueiredo e Furlan (2008) ainda faz-se presente no cotidiano dos profissionais de saúde certo medo do aparecimento nos espaços de atendimentos de questões referentes ao viver.

Teme que tenha que entrar em contato com o fato de que um bebê continuará desnutrido porque não tem o que comer. Ou porque sua jovem mãe mal consegue cuidar de si mesmo. Como ele garantirá a eficácia dos medicamentos e o discurso de “quem quer se cuidar, se cuida”? (FIGUEIREDO, FURLAN, 2008, p.417).

São questões importantes também de serem trabalhadas no processo de matriciamento, até mesmo para evitar outras tantas dificuldades que podem surgir a partir destes medos que obstaculizam aquele cuidado integral que perseguimos. Em relação a esta discussão, o gestor Unidade de Saúde 6 destaca como um entrave ao Matriciamento, as frustrações vivenciadas pelos profissionais neste cuidado em saúde mental – decorrentes da complexidade dos casos – que acaba os afastando desta proposta de cuidado em saúde. “Eu sinto que é um público desgastante, você tem que insistir e às vezes você vai voltar e ele vai falar a

mesma coisa. A gente não vê aquele resultado. Em longo prazo frustra um pouco”.

Certamente as situações de sofrimento psíquico trazem uma complexidade não só pela vivência em si, mas também, como discutido neste estudo, pela pouca proximidade dos profissionais de saúde com esta temática em suas formações, o que pode dificultar ainda mais o manejo destes casos. Neste contexto, no plano do ideal, o Matriciamento tem um papel importante nisto que, no encontro entre equipes, objetiva o compartilhamento de responsabilidades e práticas, atenuando as sobrecargas de uma ou outra equipe por este cuidado e ampliando as possibilidades de invenção de alternativas resolutivas de cuidado. No entanto, o matriciamento também pode ter efeito contrário, caso seja tomado como um espaço de fiscalização do que está sendo ou não feito. Aí se torna ainda mais provável que a frustração aconteça, já que normalmente tais situações de sofrimento psíquico, frente a toda complexidade discutida, necessitam do envolvimento de um “exército de pessoas”, o que extrapola o setor saúde, para a efetivação da integralidade da atenção, que não significa aquele idealizado bem estar físico, mental e social, mas a ampliação dos sentidos de vida destas pessoas.

É importante que o matriciamento em saúde mental se afirme, legitimamente, como uma estratégia de suporte mútuo entre as equipes, para que as frustrações, que possivelmente irão surgir, uma vez que estamos operando pela mudança de paradigmas historicamente consolidados, não se revertam em desistência deste

trabalho e/ou a sucumbência à perspectiva do isolamento e da exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Figueiredo e Furlan (2008, p.242) chamam atenção para o fato de que os serviços de saúde, em especial a Atenção Básica, cada vez mais, vêm “recebendo “casos” que expressam a realidade social dos territórios nos corpos e nas vidas das pessoas”, o que tem provocado “angústia e sentimento de impotência nesses trabalhadores e gestores”; neste sentido as autoras sugerem uma ampliação do olhar sobre o território, o que afirma, mais uma vez, a importância do encontro produtivo entre o saber da saúde mental e o saber generalista da Atenção Básica.

Para tanto é necessário investir constantemente nas relações entre os envolvidos, tendo em vista também a fala do gestor CAPS C, que aponta a existência ainda de importantes dificuldades relacionais entre CAPS e Unidade de Saúde, que podem representar obstáculo à efetivação do Matriciamento em saúde mental.

No território a equipe tem todo um contexto de violência e aí ela tem necessidade de compartilhar com o outro, às vezes ela sinaliza isto e a gente fala "não é não, deficiência mental não é para CAPS", "isto também não é", "isto não". Quando estamos no CAPS não conseguimos visualizar, por exemplo, o medo, que faz com que este profissional se feche também e diga: "olha, este caso também não é meu, este caso é do outro que não está lá no território". Aí você acha que ele não quer, mas a violência interfere e atravessa diretamente o trabalho de matriciamento. Então todo mundo fica muito fechado e a gente acaba perdendo a oportunidade até de pontuar o que a gente precisa com a equipe, porque a gente não tem vínculo com ela, porque quando você escuta, você vai vinculando e quando você coloca uma barreira, acabou. Você tem que estar junto até a pessoa depois desgarrar.

Normalmente, as equipes precisam se sentir matriciadas para assumirem a responsabilidade pelo cuidado, ainda mais no que diz respeito a saúde mental, por toda a estigmatização já discutida. Para tanto, há que se operar certo

abandono dos protocolos, no sentido de se disponibilizar mais a estar e fazer com o outro, independentemente da situação que se apresenta, ao contrário de uma postura defensiva de fluxos fechados, que consolidam barreiras aos encontros produtivos necessários ao cuidado. Se a equipe da Atenção Básica, por exemplo, solicita este Matriciamento, mesmo equivocadamente, é porque ela visualiza neste Matriciamento certa possibilidade de cuidado, fora ser uma importante oportunidade de educação continuada, formação de vínculo – indispensável à criação de uma proximidade para posterior promoção de autonomia – e abertura para o território – necessário à promoção à saúde e a desinstitucionalização do cuidado.

Seguindo na problematização sobre as dificuldades que circundam o Matriciamento em saúde mental, o coordenador municipal da área técnica de saúde mental 1 traz ainda como um dificultador à efetivação do Matriciamento a falta de identificação de alguns profissionais concursados com a saúde mental: “O apoio matricial para além de uma técnica, precisa de certa ideologia de cuidado, precisa de um profissional consciente disto e isto não é fácil. São profissionais concursados que estão em CAPS e não gostam de CAPS, então como que esta pessoa vai fazer algum apoio matricial?”

A ideia trazida nesta fala corrobora a preocupação de Nascimento e Oliveira (2011) que destacam a importância de se problematizar a formação destes profissionais de saúde, para além do conhecimento técnico, mas no sentido de

fomentar habilidades e atitudes necessárias aos desafios atuais do trabalho em saúde, tendo em vista a responsabilidade social envolvida nesta ação profissional.

Em pesquisa realizada pelas autoras sobre as competências para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi apontada a necessidade de conhecimento sobre as políticas públicas de saúde, território, perfil epidemiológico da população e rede de cuidados, mas também a imprescindibilidade de acolhimento, de escuta, de comunicação e do trabalho em equipe. Nesta discussão, vale destacar a defesa deste estudo na possibilidade de produção social destas habilidades, o que desfaz qualquer ideia de responsabilização única e simples de um indivíduo pela não efetivação de qualquer proposta. Certamente todas as habilidades se tornam importantes para o trabalho nos SUS, mas assim como a cultura institucional, a subjetividade é socialmente produzida no encontro entre as pessoas.

A efetivação das potencialidades do Matriciamento discutidas até aqui necessita também, de algumas garantias estruturais e organizacionais, isto comparece nas falas dos gestores, que trazem a afirmativa de que o fato do município, por exemplo, não ter governabilidade sobre todos os níveis de atenção representa certo entrave ao Matriciamento.

Alguns casos muito graves são bem conduzidos, o apoio vai junto com a Unidade e na hora de internação ou urgência, nada acontece. Os leitos de urgência não são do município. Às vezes a gente tem seis profissionais, juntando da básica com do CAPS, que passam o dia inteiro esperando o SAMU, esperando vaga e o cara continua em casa mal. Então, realmente, a falta de todos os pontos da rede atrapalha o matriciamento, mas não são todos os casos que precisam disto (coordenador municipal 2).

Vale ressaltar esta última pontuação feita pelo coordenador municipal da área técnica de saúde mental 2 de que não são todos os casos que precisam destas articulações com o hospital – apontadas como arrumações difíceis no cotidiano do trabalho – para que esta dificuldade não sobrepuje tantas outras possibilidades de cuidado nas Unidades e nos CAPS. Com isto não estamos desmerecendo a necessidade de resolução de tais desafios, certamente estas carências na rede representam entraves ao cuidado, já que a Atenção Básica, neste processo de matriciamento, traz para a cena do território estas situações de sofrimento psíquico, o que vai requisitar certamente a garantia de um cuidado pela rede como um todo. Uma rede que, como trazido por Figueiredo (2006), atue efetivamente como colaboradora do cuidado em saúde mental e não como uma teia na qual a pessoa em sofrimento psíquico fique presa, sem acesso, perdida nos “emaranhados da desresponsabilização, uma rede de salvamento e não de captura e indefesa” (p.39).

Ainda na perspectiva de discussão das garantias necessárias à efetivação do matriciamento em toda sua potencialidade, os gestores apresentam outros entraves ao Matriciamento em saúde mental: dificuldade de deslocamento do profissional de um serviço a outro para o encontro entre equipes e rotatividade dos profissionais das equipes, além de incompatibilidades de agendas entre matriciador e matriciando. “Eu vejo alguns diretores reclamando: ‘o matriciamento em saúde mental quer um dia, o idoso quer outro’. É agenda demais e eles têm

uma demanda muito grande. Você vai marcar uma compartilhada para 30 dias por conta de não ter agenda. Acaba que não tem um processo” (gestor CAPS B).

Além disto, os gestores apontam como dificuldade para o fortalecimento do Matriciamento em saúde mental a falta de espaços de discussão entre os matriciadores. “Alguns matriciadores começaram a fazer de um jeito, outros de outro e não se falavam exatamente. Então teve a falta de alguns alinhamentos, da diferença do que é crise, do que é urgência, por exemplo. A cada crise ressurgem esta discussão: ‘o paciente é meu ou não é?’” (Coordenador municipal 2).

Neste contexto de discussão, Figueiredo (2006) ressalta a necessidade de reconhecermos que estas mudanças da lógica de trabalho trazidas pela base conceitual do Matriciamento não são simples de serem incorporadas, em sua abrangência, pelas equipes e que não se dão de modo automático, a partir de determinações de diretrizes. Essas mudanças precisam ser trabalhadas junto às equipes, inclusive as equipes matriciadoras, por meio destes encontros de reflexão e análise crítica sobre o próprio trabalho, sendo também “continentes aos problemas na relação entre a equipe, aos preconceitos em relação à loucura, à dificuldade de entrar em contato com o sofrimento do outro e à sobrecarga trazida pela lida diária com a pobreza e a violência” (p.131). A autora acrescenta que todas estas questões podem se reverter em entraves à efetivação do Matriciamento – como também discutido neste texto – caso não estiverem garantidos estes espaços de “reflexão e formação permanentes para processá-

las, capazes de realimentar constantemente as fortalezas do apoio matricial enquanto arranjo transformador das práticas hegemônicas na saúde” (p.131).

A ausência destes espaços de discussão sobre a proposta matricial pode levar também a alguns outros problemas, como citado pelo gestor CAPS C, relativos a equívocos de demandas das Unidades ao matriciamento e aos riscos de atendê-las, caso as propostas não estejam bem apreendidas pelos envolvidos.

Às vezes a demanda aparece como 'venham tratar e tomar conta do caso'. Isto faz com que desapareça o principal agente que é o caso e aí ficaria melhor mesmo na lógica da referência e contra referência. A gente não pode perder a lógica e a essência do matriciamento, que é apoiar e orientar a direção de uma intervenção. Tinha um caso que eles queriam porque queria a presença do CAPS para fechar o diagnóstico e para encaminhar a situação, enquanto que a dificuldade era de estabelecer vínculo com uma pessoa que não queria fazer vínculo. O problema é quando os apoiadores entram nesta, que apenas os Centros mesmo que têm condições de resolver. Isto nos coloca de um problema das microrrelações para um problema macro, que é hoje a demanda de internação compulsória para todos os usuários de craque ou de qualquer outra droga que esteja em situação de rua.

Há um risco colocado aí de perdermos o foco das ações em saúde: o sujeito, ao priorizarmos sobremaneira o diagnóstico e a transferência de responsabilidade sempre ao outro pelo cuidado, para nos eximir de toda a complexidade que estes casos envolvem, configurando, como trazido em outro estudo, em um “jogo de empurra”, que apenas distancia a possibilidade de efetivação da integralidade do cuidado (IGLESIAS, AVELLAR, 2015a). O Matriciamento supõe como discutido no plano teórico, corresponsabilidade, principalmente por acreditar que a qualidade da atenção não é possível de modo fragmentado e isolado, requer necessariamente múltiplas articulações entre saberes e práticas diferenciadas, mas igualmente importantes neste cuidado.

No entanto, ainda é marcante no setor saúde a centralidade da doença e da lógica do encaminhamento, o que representa obstáculo a efetivação daquele matriciamento voltado a possibilidade de trabalho conjunto, o qual, ao contrário daquela lógica que implica, normalmente transferência de responsabilidade, busca o compartilhamento dela.

No mais, o coordenador municipal da área técnica de saúde mental 2 percebe como um dificultador a pouca apropriação dos CAPS da proposta matricial. Para ele, os CAPS teriam condições de estarem mais envolvidos no matriciamento, “inclusive era uma coisa que a gente esperava e não foi cumprida”.

Falta esta apropriação dos CAPS deste processo, deles ajudarem as Unidades a ter mais recursos de cultura, de socialização, de lazer, de geração de renda, pode avançar para ter cooperativa de usuário, atividade durante o fim de semana. Mas ainda falta uma maior apropriação, saber: "quantos usuários vocês têm? Quais são graves?" Tranquilizar a básica, porque a básica vem muito na questão do incêndio do caso, da crise e acho que às vezes o CAPS entra nesta também; querendo cuidar, o que é legal, mas tem que dar uma saída depois. Cuidou? Agora vamos ajudar a Unidade para ela vê que não tem todos os casos graves, este é um caso no meio de dez, mas que os outros nove são tranquilos e se a gente cuidar, acompanhar, a gente não é pega de surpresa tantas vezes. Então acho que isto é possível o CAPS fazer, vê onde tem muito usuário que está dentro do CAPS que precisa sair, vê o que tem no território, vê esta parte de inserção e trabalho, contar com a comunidade como recurso, isto é pouco feito pela Unidade e pelo matriciamento do CAPS.

Por fim, vale mencionar também que tiveram gestores que não reconhecem qualquer dificuldade relacionada ao Matriciamento. “Não tem nenhuma dificuldade, nem para agendar, eles mesmo ligam” (gestor US 5).

Propondo mudanças para o Matriciamento

Foi marcante entre os gestores – principalmente aqueles que trazem a concepção do matriciamento como uma possibilidade de trabalho conjunto e de formação e orientação para a ação em saúde mental – a proposta de criação de equipes específicas para este trabalho de Matriciamento, com maior disponibilidade à Atenção Básica, com um dia da semana para atender a cada Unidade de Saúde. Assim, segundo o gestor CAPS B, seria possível reduzir aquela perspectiva, ainda presente em algumas Unidades, de que “todos os casos de sofrimento psíquico têm que ser do CAPS”. A partir desta discussão o coordenador municipal da área técnica de saúde mental 1 agrega à proposta a possibilidade de implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a fim de evitar possíveis conflitos de relações entre equipes de serviços diferentes que se colocam na defesa por uma ou outra instituição da qual fazem parte.

Talvez criar NASF, mas mesmo assim, acho que deveria ter uma forma de articulação NASF e CAPS, porque nas reuniões nacionais a gente vê problemas em relação a esta articulação que dificulta o trabalho. Nós temos número de profissionais e variedade para fazer um bom NASF, só que teria que ter muito trabalho para este processo integrar e não ser mais um elemento da rede para fragmentar e virar ambulatório, porque a gente sabe que no Brasil também tem NASF que são ambulatórios, então marca-se as consultas. Isto também não significa que teria que acabar com o apoio matricial nos CAPS, pelos CAPS. Mas ter estas outras equipes.

Como discutido, a regularidade de uma equipe para esta função tem importantes vantagens a fim de fazer valer a integração da saúde mental na Atenção Básica em toda sua potencialidade. No que diz respeito à implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o coordenador municipal da área técnica de saúde mental, conhecendo a história deste Matriciamento no município – que já

possuiu equipes específicas para o exercício desta função matricial (IGLESIAS, AVELLAR, 2015b) – consegue ponderar os riscos desta conformação caso não se garanta a articulação destas equipes das Unidades com os CAPS, a fim de não se configurar um intermediário na relação entre estes serviços substitutivos e a Atenção Básica, o que dificultaria ainda mais a efetivação da desinstitucionalização que se pretende no âmbito da saúde mental.

Estas vantagens e ponderações certamente já o foram percebidas e analisadas em outros contextos, tanto que o Ministério da Saúde lançou em 2008 a propostas das equipes NASF, que nascem com tal vocação de realizar Matriciamento, estando lotadas na Atenção Básica. Não que outros serviços não possam trabalhar a partir desta perspectiva, inclusive é importante que o façam, mas as equipes NASF trabalham necessariamente sustentadas por esta lógica matricial, com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica em suas fragilidades, fazendo com ela e não por ela (CAMPOS, 1998).

Independente de este Matriciamento ser realizado por equipes específicas de dentro ou de fora do CAPS, o gestor Unidade de Saúde 4 traz a proposta de ampliação da frequência dos matriciadores no espaço da Atenção Básica, incluindo o psiquiatra, para o fortalecimento deste trabalho matricial, a fim de ampliar as possibilidades de ação, para além da discussão de caso. “Vejo que sendo uma coisa rápida, não se aprofunda, no máximo que faz é um relato. A gente precisa de mais tempo, porque a saúde mental está muito mais presente na

família, começa com as crianças, vai para um transtorno maior quando adulto, o autismo está em alta. É isto”.

Tal proposta vai ao encontro de alguns dados já discutidos neste texto sobre a maior visibilidade da saúde mental no campo geral da saúde. Para além do fato da “saúde mental está muito mais presente na família”, certamente ocorreu uma ampliação do olhar sobre a temática, por todos os movimentos históricos relativos à Reforma Psiquiátrica, o que tem requisitado – em especial da Atenção Básica que está onde as pessoas em sofrimento psíquico vivem – certo aprofundamento nas discussões das situações cotidianas, o que remete a necessidade da maior presença do Matriciamento para dar suporte a esta equipe na desafiadora tarefa de desinstitucionalização e promoção à saúde mental.

Na direção de avaliação destas práxis matriciais, os gestores apontam como proposta a ideia de um levantamento e de uma análise sistemática do Matriciamento para possíveis replanejamentos deste trabalho. "Acho que é preciso fazer uma leitura do que foi o projeto, o mapa inicial e projetar o futuro e lá na frente fazer isto novamente" (gestor CAPS C).

Para estes gestores, é neste movimento de avaliação que será possível consolidar o Matriciamento. "Poder ver onde estamos, para onde estamos indo e o que fizemos, senão vai ser instituído um dispositivo que vem para quebrar certa hierarquia, mas acaba ficando hierarquizada e engessada no protocolo" (gestor CAPS B).

Destaca-se nesta proposta a imprescindibilidade de análise constante deste trabalho, que busca – assim como outras estratégias importantes voltadas à promoção à saúde e a desinstitucionalização do cuidado – a consolidação daqueles princípios trazidos na proposta primária do Sistema Único de Saúde almejado, difíceis de se efetivarem no cotidiano das práticas por toda uma lógica existente de compartimentalização e pouca sociabilidade, mas possível de acontecer a partir da invenção, compromisso e articulação dos atores da saúde – usuários, profissionais de saúde e gestores – sem qualquer barreira que os distancie deste propósito. Como bem destaca o gestor CAPS C: “O matriciamento é uma invenção a cada ato que se faz”, o que reafirma a importância destes momentos de reflexão das práticas e das integrações e parcerias diversas no trato com a complexidade da vida em seu movimento.

Neste contexto, defendemos, que independente deste matriciamento ser acionado, ele precisa estar junto a Atenção Básica também provocando a possibilidade de construção de outro olhar sobre os sujeitos e sobre a práxis em saúde, pela invenção de possibilidades mais efetivas de integralidade da atenção. Trata-se de uma clínica artesanal, que tenta escapar a perspectiva protocolar, na medida em que se abre a possibilidade de invenções a partir destas relações com cada sujeito em suas particularidades e seu entorno.

Onocko-Campos (2003) igualmente pontua a necessidade de uma análise crítica sistemática da perspectiva matricial, tendo em vista que assim como qualquer

arranjo que se institucionaliza, pode ser capturada pela lógica tradicional. Como um trabalho para a desinstitucionalização, o Matriciamento em saúde mental deve se dispor também a crítica, ao conflito, a reinvenção de ações de cuidado para a desconstrução de realidades excludentes consolidadas e invenção de outras realidades de respeito e valorização das diferenças.

Neste contexto de mudanças de paradigma no modo de operar no setor saúde, conforme trazido pelo coordenador municipal da área técnica de saúde mental 2, faz-se importante garantir o suporte formativo também aos matriciadores, que estão se formando igualmente em serviço a partir destas relações propostas pelo matriciamento. Assim outras proposições trazidas pelos gestores deste estudo se tornam mais viáveis, como, por exemplo, a ideia de ampliação do Matriciamento para outros serviços da rede para além da Atenção Básica.

Dar um apoio aos profissionais que não estão diretamente vinculados à saúde mental, para que eles não demandem, tantas vezes, o especialista e algum tipo de intervenção que reforce a tese da segregação. São casos que a internação compulsória foi solicitada sem uma conversa com alguém da saúde, por exemplo, que poderia orientar melhor como seria um pedido deste, para que ela não ficasse quase que uma situação em definitivo. Então, tem que poder conceitualmente dizer para aqueles que não conhecem a proposta, dele poder entender, acionar e solicitar (gestor CAPS C).

Interessante pensar nesta possibilidade de ampliação do processo formativo em saúde mental, trabalhando o olhar de outros serviços da rede de cuidado para a questão da saúde mental, incorporando-os na efetivação de políticas públicas, por exemplo, mais pertinentes à promoção à saúde e de luta por mudanças cotidianas pela desinstitucionalização.

Por fim, o coordenador municipal da área técnica de saúde mental 2 agrega a proposta deste matriciamento em saúde mental ampliar também os olhares sobre as pessoas em sofrimento psíquico para sua saúde de um modo geral, como presente na fala: “Penso que o matriciamento poderia ajudar em incluir na prática de CAPS e de Unidade, tipo: uma investigação da saúde do usuário, estar vendo se ele é hipertenso, diabético, se está tratando. Tem tido muitas mortes por problemas metabólicos”.

Tal proposta traz a discussão que assim como estamos trabalhando para que a saúde mental seja contemplada no cuidado em saúde, não percamos de vista que igualmente estas pessoas em sofrimento psíquico tem um corpo que necessita também ser visto e cuidado, principalmente considerando, no caso daqueles que fazem uso de psicofármacos, os efeitos destas medicações para aquele corpo que vivencia tal situação de fragilidades psíquicas.

Algumas considerações

Este estudo analisou as concepções trazidas pela gestão sobre o matriciamento, bem como as dificuldades enfrentadas, avanços e mudanças alcançadas e propostas de fortalecimento desta prática na visão do gestor. Apostávamos que existiriam diferenças importantes entre os entendimentos dos gestores entrevistados de serviços diferentes, contudo pudemos apreender que tais percepções trazidas pelos gestores de Unidades de Saúde, de CAPS e os

coordenadores municipais da área técnica de saúde mental se assemelham em grande parte.

Nestas discussões foram trazidas importantes mudanças alcançadas por este trabalho matricial, que busca primordialmente a produção de outra cultura no setor saúde e sujeitos mais inventivos, participativos, ativos, críticos e solidários, ao contrário de uma perspectiva tradicional corporativista e alienante do profissional em relação ao resultado de seu trabalho.

Foi apontada pela gestão a possibilidade alcançada a partir do matriciamento em saúde mental, de certa aproximação entre Unidade de Saúde e CAPS, CAPS e território e entre os próprios CAPS, bem como a ampliação do cuidado aos casos mais complexos de sofrimento psíquico, com a conseqüente redução do número de internações psiquiátricas de moradores do município. Certamente trata-se de avanços importantes para o setor, em especial para a saúde mental, indo ao encontro daquela outra cultura organizacional, pontuada por Campos (1998), de estímulo ao compromisso das equipes pela produção de saúde, favorável a realização pessoal e profissional destes trabalhadores.

Contudo, chama atenção o fato de que todos os entraves trazidos pela gestão ao fortalecimento da proposta do Matriciamento apontam para a dificuldade de efetivação de encontros pautados na troca e na construção de parcerias efetivas para a promoção à saúde. Seja no fato de algumas Unidades não funcionarem na lógica da Estratégia de Saúde da Família, as quais não conseguem assim garantir

as reuniões das equipes para a integração do cuidado. Seja nas limitações de transporte para locomoção dos profissionais de um serviço a outro para efetivação do encontro. Seja na dificuldade de conciliação de agendas entre os serviços para discussão conjunta. Seja na falta de encontro entre os matriciadores. Seja nas dificuldades relacionais entre os envolvidos – que os distanciam. Seja nos equívocos de demanda ao matriciamento por dificuldades de alinhamentos de entendimentos, por exemplo.

Mas afinal, por que é tão difícil garantir e manter estes momentos de encontro produtivo? Há que se problematizar sobre tais questões, tendo em vista, principalmente, que estes momentos de encontros estão assegurados pelas políticas que instituem a Atenção Básica e os CAPS, as quais preveem estes momentos de discussão da clínica. No mais, a própria lei regulamentadora do SUS garante tal integração entre profissionais e serviços, ao destacar em seus princípios a intersetorialidade e a integralidade da atenção, que não se sustentam sem estas possibilidades de encontros produtivos. Contudo, mesmo assim, as dificuldades de manter esses encontros persistem.

Neste sentido, nos questionamos também até que ponto estamos conseguindo efetivar aquele compartilhamento das decisões para a aproximação das necessidades da população, de modo a apropriar cada ator da saúde em seu papel de gestão na vida e no trabalho? Até que ponto estamos nos aproximando da gestão interativa proposta pelo Matriciamento, possibilitada pela junção daquele “exército de pessoas” para fazer funcionar o sistema em toda a sua

potencialidade por um objetivo comum? Até que ponto estamos efetivamente fazendo acontecer um trabalho articulado? Até que ponto tem se apostado no público?

Tudo isto requer o encontro produtivo, obstaculizado por uma sociedade regulada pela lógica capitalista, a qual incentiva a fabricação de um sujeito competitivo e individualista em detrimento de princípios solidários (ONOCKO-CAMPOS, GAMA, 2008). Pode-se dizer assim que são muitas as barreiras ao encontro efetivo e produtivo, uma vez que também este estar com o outro, muitas vezes, ameaça o poder daqueles que centralizam ações e saberes, ou ainda, expõe cada um que se dispõe ao trabalho conjunto em ter seus conhecimentos e práticas questionadas pelas diferentes visões de mundo ali presentes. Por outro lado, somente este fazer interativo possibilita o cuidado integral, efetivamente produtor de saúde, já que entendemos saúde como um amplo espectro de fatores ligados a vida, em que um único saber e prática jamais conseguirá assegurá-la.

Por tudo isto, pontuamos mais uma vez a importância destas práticas matriciais serem colocadas constantemente em análise, corroborando as preocupações de Onocko-Campos e Gama (2008) de que as “políticas públicas de saúde podem facilmente se converter em aparato de poder servindo para a reprodução de condições do interesse do capital e controle sobre o modo de vida da população” (p.417) em detrimento das inter-relações e interações pretendidas à produção de saúde que buscamos, por meio também da lógica matricial.

Referências

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. A.; Scarcelli, I. R.; Costa, E. S. (Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** 1.ed. São Paulo: IPUSP, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1988.

BARROS, M. E. de. Modos de gestão-produção de subjetividade. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Niterói: UFF, v.14. n.2, 2003.

BERTUSSI, D. C. **O Apoio Matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: Bezerra Júnior, B.; Amarante, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e Apoio Matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº. 648, de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. Disponível

em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em 28 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2009). **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. de S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. de S.; GUTIÉRREZ, A. C; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos, G. W. de S.; Guerrero, A. V. P. **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, Hucitec, p.132-153, 2008.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em Saúde Mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na coprodução de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, p.154-178, 2008.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. **As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em saúde mental**. Vitória, [2015a?]. (Em fase de publicação).

_____. **Apoio Matricial em Saúde Mental: uma história municipal**. Vitória, [2015b?]. (Em fase de publicação).

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Apoio Matricial: uma estratégia de formação para a Promoção à Saúde e a Desinstitucionalização do cuidado em Saúde Mental**. Vitória, [2015c?]. (Em fase de publicação).

JÚNIOR, J. M. de L.; MELO, S. C. de F.; BRAGA, L. A. V.; DIAS, M. D. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.229-33, 2010.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9.

MELO, V. M. de. **Uma experiência baseada no Apoio Matricial em Saúde Mental: estratégia para um atendimento integral**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, p.92-96, 2010.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de

Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

NORONHA, J. C., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa** (pp. 41-94). Brasília, 2004.

OLIVEIRA, G.N. de. **Devir Apoiador: Uma Cartografia da Função Apoio**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. A Gestão: Espaço de Intervenção, Análise e Especificidades Técnicas. In: Campos G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003; p. 122-149.

ONOCKO-CAMPOS, R., GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Campos, G.W. de S.; Guerrero, A.V.P. **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, Hucitec, 2008.

SILVA, B. F. S. **Integralidade na gestão em saúde?: a voz dos gestores**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF: novos rumos para atenção em Saúde Mental?** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 71-77, 2003.

4.6 ESTUDO 6¹³

UMA ANÁLISE DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO OLHAR DOS MATRICIADORES

Resumo: Objetivou-se com este estudo analisar o discurso sobre as práticas de Matriciamento em saúde mental a partir dos entendimentos trazidos pelos matriciadores dos CAPS. Para tanto foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de CAPS II, CAPS infanto-juvenil e CAPS álcool e drogas, que realizam este trabalho de matriciamento em saúde mental. Ao todo foram realizadas dezoito entrevistas, que trouxeram entendimentos diversos sobre a temática, as mudanças ocorridas na atenção à saúde mental desde a implantação do Matriciamento, as dificuldades vivenciadas para a efetivação cotidiana deste trabalho, bem como importantes propostas de consolidação desta estratégia no município em toda a possibilidade que carrega de transformação do sistema de saúde na direção de ampliação de sua efetividade e eficácia.

Palavras-Chaves: Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial

¹³ Este estudo será submetido a avaliação do Cadernos de Saúde Pública.

AN ANALYSIS OF MENTAL HEALTH MATRIX SUPPORT FROM THE MATRIX PROFESSIONALS PERSPECTIVE

Abstract: The objective of this study is to analyze the matrix support practices in mental health from the understandings brought by matrix professionals from “CAPS” (Psychosocial Care Centers). To achieve these goals, we conducted semi-structured interviews with professionals from CAPS II, juvenile CAPS and alcohol and drugs CAPS, who perform this matrix work in mental health. In total, we realize eighteen interviews that brought different understandings on the subject, as well the historical changes in mental health since the implementation of matrix support, and difficulties faced for daily execution of this work, as well as important proposals for consolidation these strategy in the city throughout the bearing capability of transformation of the health system in the direction of increasing its effectiveness and efficiency.

Key words: Matrix Support, Mental Health, Primary Care, Psychosocial Care Centers

Introdução

Este estudo tem por objetivo analisar o discurso sobre as práticas de Matriciamento em saúde mental a partir dos entendimentos trazidos por profissionais dos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do sudeste brasileiro os quais trabalham com a proposta do matriciamento junto à

Atenção Básica, sendo denominados aqui de matriciadores. A importância de se discutir os entendimentos dos matriciadores se afirma na ideia de que são estes entendimentos que orientam as práticas de Matriciamento no sentido da promoção e da desinstitucionalização ou em tantas outras direções, juntamente com os entendimentos de outros atores da saúde que compõem tal estratégia matricial.

O Matriciamento constitui-se como uma importante estratégia de ativação de espaços de comunicação e compartilhamento de saberes e práticas entre equipes de referência e equipes matriciadoras, com conhecimentos e habilidades diferentes e complementares, na direção da efetivação da integralidade da atenção em saúde.

Nesta relação matricial, as equipes matriciadoras têm a importante função de contribuir com a saúde coletiva, juntamente às equipes de referências, na invenção constante de estratégias mais efetivas e eficazes de cuidado na Atenção Básica, voltadas a promoção à saúde e a desinstitucionalização.

Para tanto, o matriciador – como membro externo a equipe de referência – tem o papel de acolher as fragilidades, destacar as fortalezas, mediar conflitos para a construção daqueles espaços comunicativos respaldados na confiança e solidariedade. A ideia é abandonar aquela tradição vertical e colocar na roda a assimetria das relações, a fim de ampliar possibilidades de cogestão, reduzindo

aquelas diferenças de poder que tendem a colocar uns em situação de subserviência a outros (BASTOS, 2009; CAMPOS, 2012).

Nas palavras de Campos (2012, p.154) “O apoiador participa, interfere, discute, perde, ganha, cede, negocia, oferece análise, compreensão e explicação”. Assim, estes encontros produtivos entre equipes de referência e de matriciadores têm condições também de fomentar reflexões cotidianas sobre as práticas em saúde para ambas as equipes envolvidas, na direção de melhorias do sistema de saúde como um todo.

Contudo, como bem destaca Campos (2012), para que o Matriciamento se efetive em toda a sua potencialidade é preciso cuidar destas relações, compreender também como os matriciadores pensam/praticam o Matriciamento e atuar igualmente na formação destes matriciadores, para que a intenção de integração não se transforme em dominação de uma equipe sobre outra por valorização desigual da expertise do especialista em detrimento do saber generalista.

Conforme, didaticamente, apresenta Campos (2012) é preciso lembrar que ao chegar à Atenção Básica o matriciador está entrando na casa do outro e a etiqueta indica que se bata a porta e espere a autorização do dono para entrar, assim como um convite para sentar, se isto não ocorrer é recomendado que se converse em pé mesmo no corredor, lembrando que qualquer invasão pode resultar em uma expulsão e no desmantelamento de qualquer possibilidade de diálogo. Com isto o autor fala da necessidade de respeito e reconhecimento do

outro como uma pessoa da qual se precisa, mesmo na diferença e possíveis atritos, para a consolidação do objetivo comum de construção de um sistema de saúde de qualidade.

Método

Este estudo caracteriza-se como um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um município do sudeste do país, que optou por realizar o Matriciamento em saúde mental a partir de seus três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS adulto, CAPS álcool e drogas e CAPS infantil) para as 30 Unidades de Saúde que possui. Atualmente os profissionais destes serviços se organizam em duplas ou trios, para matriciamento à Atenção Básica, com uma regularidade que varia de acordo com a disponibilidade dos envolvidos.

Vale destacar que o município possui algumas particularidades no que diz respeito à composição da Atenção Básica, que conta com uma equipe ampliada composta de assistente social, educador físico, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra e psicólogo. O município está dividido em seis regiões de saúde, cada qual abrange um território específico, com realidades diversificadas.

Deste modo, optamos por realizar entrevista com profissionais de saúde de categorias profissionais diferentes (assistente social, enfermeiro, médico, musicoterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional) que trabalham com o Matriciamento em cada uma destas regiões de saúde. Foram entrevistados três

matriciadores de cada uma das regiões de saúde existentes no município, sendo um de cada CAPS. Ao todo foram realizadas 18 entrevistas individuais, orientadas por roteiro semiestruturado com profissionais de saúde atuantes nos três CAPS do município, que realizam o trabalho de Matriciamento em saúde mental. Estes profissionais foram denominados neste estudo “matriciadores” não estando diferenciados de acordo com o CAPS que atuam. A denominação “matriciadores” foi utilizada apenas por uma questão didática, a fim de diferenciar estes profissionais dos CAPS que trabalham com o Matriciamento das equipes da Atenção Básica, referidas nesta pesquisa como “equipes de referência”.

As entrevistas foram gravadas em áudio, seguindo o protocolo de aceitação e, posteriormente, transcritas. Após a transcrição, todo o material foi analisado, segundo os preceitos da análise de conteúdo definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 1988).

A pesquisa foi previamente avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e pela Secretaria de Saúde (SEMUS) do município.

Resultados e discussões

Trazemos neste tópico “Resultados e discussões” às percepções destes matriciadores sobre o matriciamento em operação no município, as mudanças

ocorridas desde a implantação do Matriciamento, as dificuldades vivenciadas para a efetivação cotidiana deste trabalho e as propostas de consolidação desta estratégia no município a partir da perspectiva destes matriciadores.

Percepções a respeito do matriciamento

Foi marcante entre os matriciadores a afirmativa de que o Matriciamento em saúde mental acontece de diferentes modos, dependendo da Unidade de Saúde em que ocorre, as equipes abarcadas e a gestão dos serviços de saúde envolvidos.

Tem Unidades que ocorre com certa sistematicidade, que dá até para fazer um trabalho legal; tem outras que chamam quando precisam e outras que nem querem ouvir falar da gente, quanto mais de saúde mental. Tem também aquilo do diretor, tanto do CAPS quanto da Unidade, se o diretor não aposta, a equipe não faz. É muito difícil. O profissional da equipe pode até se dispor e querer puxar os colegas para discutir, mas se o diretor não diz que tem que acontecer, muito difícil acontecer. Por isto que quando eu falo que a gente bancou o apoio matricial e ele aconteceu, é porque também nossa direção estava junto da gente sempre (matriciador 1).

Trata-se de um trabalho, assim como já anunciado por outros autores (CAMPOS, 1999; MELO, 2009; BASTOS, 2009; CAMPOS 2012), que requer o envolvimento e o empenho de profissionais, gestores e usuários, tendo em vista algumas mudanças paradigmáticas necessárias para a sua efetivação na direção da horizontalização do saber/poder, pela certeza que todos têm a contribuir na gestão das ações em saúde, de modo a operar, assim, o deslocamento destes atores de suas posições defensivas em relação ao outro para um efetivo

encontro, em que todos reconhecem suas responsabilidades e a importância do outro para a construção da saúde territorial.

Com isto, não defendemos a possibilidade de um padrão de Matriciamento para todos os serviços, as diferenças irão acontecer e é importante que ocorram para que se trabalhe de acordo com as necessidades e demandas daquele território, que tem particularidades que devem ser consideradas; mas não se pode perder de vista os pressupostos do matriciamento de compartilhamento de saberes e práticas favoráveis à ampliação do poder de ação de todos os envolvidos.

Todos os matriciadores entrevistados fazem a associação do Matriciamento a possibilidade de encontro entre equipes. “O apoio serve para as pessoas não se sentirem tão sozinhas, para elas se encontrarem” (matriciador 2). No entanto, o modo de entenderem estes momentos de encontro se diferencia na medida em que alguns destacam o valor desta possibilidade de estar junto a outros profissionais com conhecimentos e habilidades diversas e complementares para troca de saberes e qualificação do trabalho de todos os envolvidos; enquanto outros matriciadores valorizam estes momentos de encontro como favorável à transmissão de um conhecimento que tem ao outro que não o possui, marcando uma relação de aprendizagem unilateral.

Na perspectiva do Matriciamento enquanto possibilidade de troca, o matriciador 3, inclusive aponta a possibilidade de deslocamento deste papel de matriciador

matricial a outro serviço e profissional de acordo com a necessidade que se apresenta.

Engraçado que eu nem sinto que o apoio tenha que partir dos CAPS, eu acho que é o grupo, parte de quem está com aquela necessidade, com aquela pessoa e chama que precisa dos outros parceiros da rede como suporte. É aquilo, a gente tem tentado sair deste lugar de especialista. Eu não vejo assim que nós matriciamos neste sentido que nós detemos o conhecimento. Eu ouvindo a fala de uma enfermeira de uma Unidade que eu estava outro dia, cara, o trabalho que ela faz é demais. Se a gente for usar o sentido fechado da palavra matriciamento, ela matriciou pelo menos a mim. Eu tenho certeza plena de que o meu conhecimento não é capaz de abarcar todas as necessidades de alguém que eu cuido, eu preciso dos outros olhares e das outras intervenções dos colegas. “Stand by me”, esta música resume bem meu pensamento deste trabalho: “quando o céu estiver desabando, as montanhas caindo, o mar subir, por favor, fique comigo. Fique comigo, eu fico com você e você fica comigo”.

Esta afirmação traz uma perspectiva importante no sentido de possibilitar a reconstrução de alguns padrões de relações existentes no setor saúde – marcados pela supervalorização do saber especialista em detrimento do conhecimento do usuário e do generalista que compõem a Atenção Básica – pelo reconhecimento do saber do outro para a transformação de práticas hierarquizadas que obstaculizam a efetivação da proposta da promoção à saúde, por exemplo.

A perspectiva promocional que defendemos neste estudo se sustenta na “construção de sujeitos, ainda mais participativos, problematizadores, críticos e inventivos, perspicazes na identificação do problema e no agir coletivo sobre ele, incluindo a avaliação do que foi feito” (IGLESIAS, 2009, p.136) e isto pode se efetivar pela abertura ao outro, pela escuta/reconhecimento do saber do diversos atores da saúde na invenção deste sistema único, pelo desmantelamento

daqueles lugares rígidos de quem pensa e quem executa, pelo encontro produtivo, verdadeiramente respaldado na troca.

Como nos traz Bertussi (2010, p.56) “... todo trabalhador é um intelectual, ou seja, todos são produtores de saberes e são sujeitos de ações”, o que remete a necessidade de valorização de todos os envolvidos na composição de um cuidado integral em saúde, que inclua a saúde mental como imprescindível neste processo. Neste sentido, alguns matriciadores trazem o Matriciamento em saúde mental como uma estratégia favorável a estas transformações requeridas pelo sistema.

O apoio matricial ele não tem este propósito da pessoa chegar com uma resposta pronta e única e nem aquilo de delegar para o outro: “tão, o problema é seu”, até porque a questão da loucura é extremamente complexa, a gente vai estar discutindo junto, a partir do olhar de todo mundo. Na verdade é um apoiando o outro. O conhecimento que eles têm lá é um conhecimento que a gente não tem aqui. Então, com o matriciamento a gente consegue visualizar mais o todo, em relação a família desta pessoa, o território onde ela vive. O matriciamento é essencial para o serviço, para esta discussão intersetorial do indivíduo, para poder dar norte mesmo no PTS (Projeto Terapêutico Singular) e acompanhar de frente, discutir a fundo o caso clínico do indivíduo, não ficar tão somente aqui, fechados, que não funciona. Por isto que eu falo: todo mundo ganha com este trabalho que é feito dentro e fora. Você vai lá, você vem cá, você circula pela cidade. Você alcança a cidade inteira através do apoio matricial, através do trabalho no território (matriciador 4).

Esse matriciador traz em sua fala a possibilidade de consolidação de dispositivos importantes trazidos pela saúde coletiva para a efetivação de um sistema público de qualidade por meio também do matriciamento: desinstitucionalização, integralidade, clínica ampliada, dentre outras possibilidades. Damos destaque neste momento a desinstitucionalização, que objetiva primordialmente construir outra realidade nos serviços públicos e na comunidade de acolhimento à vivência

sofrimento psíquico, de modo que a pessoa em sofrimento possa também assumir seu direito de ser cuidada em vários aspectos de sua vida, que por ventura possa estar influenciando em seu processo saúde-doença.

Em relação a esta temática, Vieira Filho, Rosa e Vidal (2008) destacam a proposta da desinstitucionalização em sua capacidade de instituição de outros modos de cuidado em saúde, que para além da administração de psicofármacos, no caso da saúde mental, trabalha pela construção de possibilidades diversas de sociabilidade e de existência em relação com as condições concretas de vida de cada sujeito.

Para tanto, o CAPS como figura importante no cenário da saúde mental, necessita de firmar parcerias com a Atenção Básica, como trazido na fala acima, para fazer valer seus desafios de reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico e neste mesmo movimento fomentar a capilarização da abordagem psicossocial defendida pela proposta destes serviços, que certamente pode contribuir também para a atuação no setor saúde como um todo, compondo um campo pautado na valorização do sujeito e de seu contexto de vida em ações coletivas eficazes. Como argumenta Figueiredo (2006, p.113) "...a saúde mental não pode ser encarada apenas como especialidade, já que a subjetividade deve ser incluída em qualquer intervenção em saúde".

Vale destacar que consideramos de muito valor o reconhecimento dos matriciadores da imprescindibilidade da parceria com a Atenção Básica para se

alcançar as metas trazidas pela Reforma Psiquiátrica, como a desinstitucionalização da atenção, tendo em vista o entendimento de que são as relações carregadas de uma qualificação do outro que viabiliza a produção de positividade e transformação (MONTERO, 2000). As relações pautadas na certeza de que o encontro beneficia apenas uma das partes envolvidas tendem a criar resistências às trocas; mas o Matriciamento, pelo menos em nível teórico, surge justamente no sentido contrário a qualquer hierarquização, na tentativa de suscitar o exercício cotidiano do diálogo, o que significa “reconhecer a alteridade do outro, e aprender a lidar com este outro, que pensa, sente e deseja diferente” (PINTO, 2008, p.292). A partir daí é possível construir uma interessante e eficaz intervenção em saúde que contemple estas diferentes visões de mundo, sujeito e saúde.

O CAPS necessita da Atenção Básica, assim como ela precisa dos CAPS. Neste sentido, para que esta relação se concretize em toda sua potencialidade para a saúde coletiva, Oliveira (2008) ressalta a necessidade do exercício rotineiro de relações respeitadas entre os saberes envolvidos neste encontro matricial, incluindo o saber do usuário. A partir daí se estrutura concretamente a possibilidade de construção de uma relação de mutualidade, que sustenta uma práxis efetivamente compartilhada conforme defendida pelo Matriciamento e por outras propostas que tem como meta a integralidade da atenção; além de contribuir para ampliação da autonomia destes profissionais pelo cuidado, em decorrência do acréscimo de mais e mais relações de interdependência nesta assistência em saúde, que possivelmente os proporcionam uma majoração de

habilidades e conhecimentos para lidar com as situações que venham a aparecer de pessoas em sofrimento psíquico.

Nesta linha de entendimento, alguns matriciadores agregam como função do Matriciamento em saúde mental “colaborar para que cada vez mais todas as pessoas possam frequentar todos os espaços sociais”; “desmistificar e desconstruir uma ideia de exclusão das pessoas que sofrem mentalmente, de que são agressivas” e “sensibilizar a todos, como um profissional de fora, que estas pessoas têm direito de viver”.

Com o matriciamento o paciente que é do CAPS passa a estar na Unidade de Saúde também. Ele passa a viver. Viver significa ir a Unidade de Saúde, viver é cuidar da sua saúde, viver é fazer atividade física, viver é se divertir, viver é trabalhar e estudar, viver é ter família, viver é conversar, viver é poder ser. No CAPS a gente tem relato de pessoas que não viviam, estavam lá sobrevivendo de uma forma desumana (matriciador 5).

Esta afirmativa corrobora a perspectiva trazida por Campos (1998) da possibilidade do Matriciamento produzir outras linhas de subjetivação – envolvendo usuário, profissionais de saúde e gestores – que não aquela centrada no assujeitamento a uma realidade dada, mas modos que apostem na invenção colaborativa de maneiras de se viver mais solidárias e igualitárias, de acesso às condições gerais de vida indispensáveis à promoção à saúde.

Por outro lado, a prática matricial, uma vez estruturada na certeza do não saber do outro, pode também sustentar formas subjetividades marcadas por ações controladoras e hierarquizadas, que obstaculizam a construção daquela outra

cultura favorável a democratização das relações nas equipes, entre equipes, entre profissionais e gestores e entre profissionais de saúde e usuários.

Sendo assim, não é difícil encontrarmos matriciadores que têm certa clareza dos princípios e diretrizes teóricas do Matriciamento, contudo quando esmiúçam suas práticas de encontro com as equipes de referência trazem certa dureza em suas relações.

O apoio consiste em uma equipe especializada dando apoio à equipe da Atenção Básica por meio de discussão de caso, encaminhamento, grupo, atendimentos conjuntos, orientação. Para aproximar da Atenção Básica a temática da saúde mental. A gente precisa estar lá no território para dizer para eles: 'isto é', 'isto não é'. Aí, a partir disto, eles devem dar conta dos problemas do território. Eu vejo que é importante para eles a gente transmitir o nosso conhecimento. Eles precisam disto (matriciador 6).

Hoje o apoio está muito baseado na demanda, no que a Unidade identifica lá de alguma forma como um caso a se discutir, não tem uma coisa esquematizada. Historicamente a gente nunca esteve preparado para o matriciamento, de dar para eles todas as informações, de diagnosticar os casos, a gente não tem muito tempo também e nem vejo como papel meu ficar articulando encontro para a gente conversar. Então é mais quando eles solicitam e a gente também, pelas questões que achamos necessárias levar para eles. E aí sempre tem uma psicóloga e uma assistente social, que tem que estar junto, aí a gente vai lá faz o PTS de quais dias ele vai vir ao CAPS, passar pelo psiquiatra e tal. A gente também faz como um *check list* dos casos discutidos e encaminhados para ver o que eles fizeram e deixaram de fazer (matriciador 7).

Tem-se a intenção de efetivar a dimensão técnico-pedagógica do Matriciamento. Todavia, há que se atentar que o modo como se opera tal dimensão faz a diferença em se consolidar relações de compartilhamento ou relações marcadamente verticalizadas. No caso da fala acima, a ideia é transmitir às informações em saúde consideradas necessárias para o aprendizado da equipe de referência, destacando uma relação de pouca integração entre os atores

envolvidos no cuidado – tanto que o matriciador 7 nem reconhece o seu papel de articulador – de modo a sustentar uma lógica fragmentada, em que cabe a cada um a sua tarefa.

Assim, pode-se dizer que se trata de um desafio o exercício deste trabalho matricial, tanto que o próprio matriciador reconhece certo despreparo em executar tal proposta, o que relacionamos também a uma formação acadêmica predominantemente voltada à prescrição ao outro do modo ideal de se viver. Neste sentido, considerando a perspectiva matricial, a qual apregoa pela construção conjunta de alternativas de cuidado integral, faz-se necessário desfazer daquele desejo em nós, descrito por Machado e Lavrador (2001) de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar e de controlar a vida, as coisas, as pessoas. O matriciar certamente não é uma tarefa fácil de concretização prática, também pelo fato de que é marcante em nós a ideia de que estes pontos – com os quais se pretende construir redes de sustentação pelo cuidado – só podem se conectar obedecendo a relações de hierarquia e/ou de subordinação (OLIVEIRA, 2008).

O desafio também se presentifica em conseguir perceber e assumir que o “dar conta dos problemas do território” envolve os diversos atores e setores da sociedade; que a troca de conhecimentos por meio do matriciamento pode ser importante para o trabalho de todos os envolvidos; que a prescrição ‘do que é’ e ‘do que não é’ para fazer ou ainda o “*ckeck list*” não garante necessariamente que o trabalho aconteça como entendemos mais adequado. Como trazido por Oliveira

(2008) “Ninguém abandona seu projeto e suas ferramentas porque o outro deseja (ou impõe). Ninguém convence ou converte ninguém. As pessoas e os trabalhadores, neste caso, mudam quando se sentem agenciados para tanto”.

No mais, vale destacar que o Projeto Terapêutico Singular (PTS), importante ferramenta matricial, ao contrário da ideia de um conjunto de procedimentos prescritos por aquele profissional que pensa o que seja necessário à saúde do usuário; necessita, justamente, de um conjunto de indivíduos, incluindo o usuário – a quem pertence o projeto – para a construção deste plano de vida. Nas palavras de Knoshita (2014): “o projeto terapêutico visa transcender a situação de tratamento para uma situação de lançar-se a vida”. Trata-se, segundo o autor, de um fenômeno que não está ligado ao atendimento específico de nenhum profissional ou serviço, mas vinculado à construção de um arranjo que surge a partir da ação integrada e coordenada daqueles que compõem a rede.

Dito isto, vale problematizar até que ponto os matriciadores enquanto ativadores de coletivos e conectores de rede estão provocando a participação de todos os atores da saúde nesta composição de PTS e/ou em qualquer outro encontro matricial; ou se de algum modo estão reforçando o lugar do profissional *psi* como aquele “que tem que estar junto” para que o cuidado em saúde mental aconteça. Certamente é inegável o valor destes profissionais para a saúde mental, mas o desafio está em suscitar o envolvimento de outros atores sociais para a consolidação da integralidade da atenção também para aquelas pessoas que sofrem mentalmente.

Nas palavras de Rodrigues e Moreira (2012, p.609): “Há de se buscar um saber comum em saúde mental que circule na equipe e que facilite a cada trabalhador perceber o sentido de seu trabalho e qual é sua contribuição para o projeto terapêutico do sujeito assistido”.

Alguns matriciadores justificam as ações que consideram desviar da proposta teórica do Matriciamento, pelo modo como vem se constituindo estes matriciadores na rede municipal.

Tem colegas que acham que matriciamento é mais um fardo, outros que querem mais estar fora do espaço do CAPS, não porque realmente acreditam na proposta, mas porque não aguentam ficar aqui com os pacientes e outros que fazem porque entrou e é um dos dispositivos do CAPS e aí vai fazendo. Então acaba acontecendo alguns equívocos importantes, como achar que o matriciamento é ir lá atender ao pedido deles de discutir um caso, ouvir para encaminhar o caso para cá e pronto, como se fosse agendador de psiquiatra. Pelo amor de Deus, se fosse isto não precisaria de toda esta discussão que se tem sobre matriciamento (matriciador 1).

Outros matriciadores explicam ainda que sentem a necessidade de se colocar em uma posição defensiva em relação às equipes de referência para limitar a intenção de algumas Unidades de encaminhamentos de todos os casos de saúde mental ao CAPS.

A Unidade de Saúde, às vezes, vê o CAPS como ponto final. Não é. O CAPS tem que ser um meio, um lugar de acompanhamento que deve ser passageiro, tem que voltar para Unidade depois do CAPS. Por isto não dá para dar muito mole a eles (matriciador 6).

Tal situação também compareceu no estudo de Figueiredo (2006) que descreve que as equipes de referência, com frequência, querem encaminhar ao

especialista em saúde mental aquelas pessoas com as quais não conseguem lidar. Neste sentido, o Matriciamento constitui-se como um impedimento a este modo naturalizado de “comunicação” entre os serviços, baseado em encaminhamentos que, em geral, ao contrário de gerar interlocução das ações em saúde para a integralidade do cuidado, reforça uma perspectiva de transferência de responsabilidade e um modo de relação baseada na hierarquia de poder/saber entre quem encaminha e quem recebe. O Matriciamento tem como proposta a personalização do sistema de referência e contra referência de modo a facilitar o contato entre os profissionais envolvidos no cuidado a uma mesma pessoa.

Contudo, a mudança destes modos de operar em saúde não acontece automaticamente por uma intenção de efetivação de outra lógica de cuidado; a transformação se dá por um empenho cotidiano em levar à discussão e demonstrar em ato a força deste outro modo pretendido de aproximação das equipes envolvidas no cuidado para a consolidação da integralidade da atenção. Neste sentido, outro matriciador consegue fazer uma leitura diferenciada desta intenção de encaminhamento das equipes da Atenção Básica ao CAPS e reverter tal solicitação em outras direções mais favoráveis a transformação daquele sistema de referência e contrarreferência e a consolidação de relações menos resistentes àqueles impedimentos de livre fluxo de encaminhamento trazido pelo matriciamento.

Eu vejo que eles têm muitas demandas. Aí quando conseguem um encaminhamento dá para dar uma respirada e podem correr atrás de outro que não está querendo ir para lugar nenhum, não está querendo fazer nada e a situação também está muito grave. Tem também aquilo do cansaço do profissional porque às vezes ele tenta um monte de

coisas, pensa, articula e daqui a pouco ele está vendo que nada daquilo foi para frente, aí ele vai ficando frustrado, vai ficando chateado, vai dando um desânimo. Acho que aí vem a função do apoiador mesmo de tentar transformar a solicitação de encaminhamento em uma discussão de caso, de falar “não, pera aí, vamos vê, já avançou muito, já foi feito um monte de coisas”, de dar este retorno de alguém que está fora daquela vivência ali (matriciador 8).

Faz-se relevante problematizar a responsabilidade desta função de matriciador para fazer valer a potencialidade do Matriciamento, pensando os entendimentos dos profissionais envolvidos, seus interesses e propostas de ação dentro deste trabalho em saúde mental, para que esta importante estratégia não se converta em um aparato de controle e prescrição. É preciso, como nos traz Campos (2012, p.154), que o “antagonismo entre diretriz normativa e o interesse de profissionais” seja incluído na roda de discussão desta estratégia para sua efetiva consolidação em toda sua potencialidade.

A partir daí, o matriciador pode de modo colaborativo, como anunciado pelo matriciador acima, contribuir no pensar os processos de trabalho, a organização daquele excesso de demanda da Atenção Básica ou ainda, como um membro externo àquela equipe, ofertar suporte, a partir de múltiplas estratégias de ação, para a manutenção deste desafiador trabalho de cuidado em saúde.

Mudanças ocorridas desde a implantação do Matriciamento

Nestes oito anos de funcionamento do Matriciamento em saúde mental no município, os matriciadores conseguem visualizar mudanças importantes para o setor saúde, em especial para o campo da saúde mental.

Neste tempo a gente amadureceu, tanto nós aqui, quanto a Unidade de Saúde. Há uma maior compreensão das nossas dificuldades e a gente dá deles. Eles se sentem apoiados, nós nos sentimos apoiados com o trabalho deles. O pessoal lá foi se sentindo mais à vontade neste trabalho com a saúde mental porque foi pegando segurança a partir desta troca de conhecimento. A comunicação com a rede melhorou. Tem caso que a gente conseguiu até apoio de outros setores e da comunidade. As próprias pessoas, aqui do nosso serviço, que inicialmente falavam: “eu não quero e não vou sair daqui, porque isto vai atrapalhar meu trabalho aqui”. Com o tempo e na medida em que as pessoas foram incluídas e começaram a participar de alguma ação no território, elas foram vendo como é importante, como a troca dá um *up* na gente e a gente consegue fazer uma autocrítica de se reavaliar e reavalia as nossas ações a todo o momento (matriciador 9).

Esse matriciador aponta mudanças importantes para ambos os serviços – CAPS e Unidade de Saúde – o que entendemos poder resultar em benefícios também ao usuário pela possível efetivação da intersetorialidade e integralidade do cuidado anunciada. As resistências certamente irão acontecer – principalmente em se tratando de uma prática recente que requer dos envolvidos certa abertura para experimentação de outros modos de produção de saúde que não, necessariamente, aquelas formas apreendidas na academia – contudo, na garantia de manutenção desta proposta tem-se a possibilidade concreta de transformação inclusive do modo de perceber o Matriciamento e de ofertar cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Neste sentido, um dos principais efeitos desejados para uma experiência bem sucedida em Matriciamento, anunciados por Oliveira (2011) parece ter sido alcançado, uma vez que, conforme indicado pelo matriciador acima, é possível vislumbrar a ampliação do cuidado em saúde mental também pelas equipes de referência da Atenção Básica. A partir daí, segundo o autor, podem surgir outras necessidades voltadas ao aprimoramento deste cuidado ofertado, levando a

reorganizações da gestão à assistência. Isto significa dizer que o Matriciamento pode funcionar como um disparador importante de mudanças no campo da saúde, também por sua possibilidade, conforme trazido na fala acima, em provocar problematizações/análises do trabalho realizado pelo embate de concepções diversas de mundo, sujeito e saúde, presentificado nestes espaços de diálogo. Nisto se constitui um processo avaliativo de grande valor para a rede de saúde, uma vez que convoca todos os atores envolvidos em revisitar constantemente, de modo crítico, as suas práticas cotidianas, os lugares que ocupam nesta rede, se sustentando relações excludentes ou relações marcadamente participativas.

Outros matriciadores pontuaram um “aumento do matriciamento” pela transformação também na forma da Atenção Básica perceber a pessoa em sofrimento psíquico – de “modo mais sensibilizado” – e passar a solicitar o Matriciamento para o cuidado conjunto em saúde mental. Segundo os matriciadores tais mudanças contribuíram até mesmo para que os encaminhamentos feitos deste nível de atenção a outros serviços passassem a ser mais qualificados, na medida em que os casos foram sendo discutidos em equipe. “A Unidade já não encaminha direto para cá quando o caso ainda não é para cá, já dão conta de alguns casos complexos de usuários de drogas, por exemplo, e aí a gente consegue caminhar junto com eles, discutindo e atendendo juntos” (matriciador 4). Desta forma, mais um efeito de uma prática de Matriciamento bem sucedida se faz presente nesta experiência municipal: a adequação dos encaminhamentos, o que remete a uma maior apropriação da

proposta matricial e do manejo no cuidado em saúde mental também pelas equipes de referência.

Para mim as mudanças começaram a partir de quando o profissional entendeu que é preciso que todos estejam juntos, principalmente o médico, porque o médico está quase sempre à parte, mas eu nem digo que é porque ele não quer, às vezes ele nem conhece outro modo de fazer e aí aparentemente fica meio fechado, sem contar que a gestão, o usuário e tudo mais, cobra dele atendimento. Aí mora a importância deste diálogo. E nisto as angústias e a frustração com o apoio até diminuíram. Eles foram vendo que o apoio funciona, mas que a resolução é lenta, são casos crônicos, que não se pensa uma solução definitiva, mas ações que a gente pode ir aos poucos fazendo (matriciador 5).

O Matriciamento em saúde mental traz para a Atenção Básica uma temática ainda carregada de estigmatizações, que tendem a afastar as pessoas da proposta de promover cuidado neste campo de atuação. Desta forma, defendemos a necessidade da regularidade destes encontros matriciais, assim como de outras garantias organizacionais, para a efetivação destas tantas mudanças anunciadas que repercutem na integração do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico por todos os níveis de atenção, na direção do desmantelamento definitivo daqueles manicômios invisíveis que insistem em limitar o tratamento em saúde mental aos espaços especializados.

Em relação à necessidade destas garantias para consolidação das propostas trazidas pelo Matriciamento, outro matriciador, apesar de reconhecer a ocorrência de importantes mudanças para o campo da saúde mental, como a “redução do número de internações no hospital psiquiátrico”, avalia que no atual momento houve um retrocesso nesta prática matricial do município, justamente pela falta de garantias para que este trabalho aconteça.

Eu percebo uma involução, já tiveram períodos de maior disponibilidade, alegria, participação, este modelo sofreu, não tem a mesma pujança que tinha em outra época. A disponibilidade nunca foi fácil, mas tinha um comprometimento grande, agora eu vejo certa apatia por parte das pessoas. Também, quando você está conseguindo ter um ganho qualitativo aí muda, vem o discurso da mudança, aí vem a mudança de equipe, a mudança do modo de nos encontrar, na verdade extinguem os encontros gerais, parecendo que não quer o movimento do encontro, mas querem o apoio matricial que está na moda. Dá para entender? (Matriciador 10).

Vale destacar que tal pujança precisa ser realimentada para que se mantenha, principalmente em se tratando, como defendido neste estudo, de um trabalho que mexe com tantas questões instituídas no campo da saúde na direção de muitas mudanças nos modos de operar em saúde. Assim, como trazido pelo matriciador acima, o Matriciamento, apesar de se manter como uma prática dos CAPS e da Atenção Básica neste município, não tem tido garantia da permanência de algumas condições indispensáveis para seu fortalecimento, em destaque para os encontros produtivos entre matriciadores, equipes de referência e gestores.

Vários autores (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2011) defendem a necessidade de certas garantias para o funcionamento desta estratégia matricial, dentre elas destaca-se justamente a existência de espaços coletivos, sustentados pela lógica da cogestão em saúde, em que se possam discutir os processos de trabalho da rede como um todo, para o enfrentamento ativo das dificuldades que surgem com o exercício de um cuidado integral.

Dificuldades vivenciadas para a efetivação cotidiana do Matriciamento

São muitas as dificuldades apontadas pelos matriciadores na vivência cotidiana desta prática matricial. São dificuldades de ordem relacional, organizacional, estrutural e conceitual, que obstaculizam de certo modo a consolidação do matriciamento em saúde mental.

Na percepção dos matriciadores destaca-se a dificuldade em “conciliar trabalho interno e externo ao CAPS”. Para eles isto repercute negativamente no trabalho, o que resulta em um “apoio de pouca qualidade”.

Tem que pensar que o apoio não é só reunião, tem desdobramentos: fazer contato, conversar com o médico, com outra pessoa da equipe, até com outras pessoas da rede, vê talvez uma oficina para a pessoa participar, vê data de acolhimento, se for o caso, ou marcar uma visita, fora que quando a gente chega aqui no CAPS tem todo o CAPS acontecendo. Quando a gente vai, fica culpado porque está saindo e se não vai se sente em dívida com a Unidade. Aqui a gente continua acolhendo, acompanhando, pensando o projeto terapêutico e toda esta rotina acaba dizendo: “olha, você não está me dando atenção” e aí a gente fica em um dilema “como a gente faz?”. Os usuários também nos apontam: “po, mas você nunca tem tempo para mim. Te procuro e você nunca está aqui” e a mesma queixa a Unidade: “po, mas você não vem aqui para discutir com a gente” (matriciador 11).

Faz-se importante reconhecer o desafio em conciliar estes trabalhos internos e externos ao serviço e propor, junto a estes profissionais, possibilidades de organização deste processo de trabalho, para que esta dificuldade não se reverta em prejuízo às atividades ofertadas dentro do CAPS e ao matriciamento em saúde mental. Isto porque entendemos que o “interno” e o “externo”, anunciado por alguns matriciadores, deve compor um só trabalho, uma vez que se complementam e a médio e longo prazo tem possibilidade de contribuir na redução deste excesso de tarefas descritas, justamente pela possibilidade de

qualificação da demanda ao CAPS e pelo compartilhamento do cuidado com outros profissionais da rede.

Certamente em curto prazo a conciliação deste trabalho “interno” e “externo” ao CAPS pode representar um acréscimo importante de trabalho cotidiano, tendo em vista que ao levar a discussão em saúde mental para a Atenção Básica, a proposta matricial provoca demandas antes quase imperceptíveis à atenção básica, pelo medo também de lidar com elas, mas é assim que possivelmente se conseguirá reverter àquela lógica de exclusão presente na vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Neste sentido, o matriciador 2 traz a necessidade de estar provocando demandas para que a pessoas em sofrimento psíquico possam ser vistas e cuidadas também pela Atenção Básica.

Eu acho que é um problema quando você fica só esperando a Atenção Básica demandar apoio, porque pode acabar não acontecendo. Eles têm muitas coisas. Então eu acredito que o apoio matricial não pode vir só de uma demanda, a gente também gera demanda, a gente também diz: “olha, tem criança, vamos vê estas crianças? Vamos tentar buscar? Vê o que está acontecendo? Estas crianças estão aonde? Elas estão na APAE? Estão indo para consulta com o especialista? Só vai para a consulta com o neurologista e pronto? Onde estão estas crianças? É assim que a gente também vai mudando alguma coisa, porque tinham profissionais, antes deste matriciamento, que nem sabiam que crianças, por exemplo, tinham sofrimento psíquico, assim acabavam ficando até sem cuidado.

Outros matriciadores acrescentam a esta discussão que o fato dos matriciadores ficarem somente esperando por uma demanda da Atenção Básica pode resultar em outros problemas para a rede de atenção psicossocial, uma vez que “abre-se

um ciclo desnecessário de encaminhamentos para o CAPS”. “O filtro sai da Unidade e passa a retornar aos CAPS. Aí aumenta a demanda dentro do CAPS e os matriciadores acabam também se prendendo mais dentro do serviço e conseguem menos ainda estar no território dando apoio às equipes, trabalhando pela reinserção” (matriciador 12).

Nesta discussão vale problematizar também o tipo de relação que se está construindo entre matriciadores e equipes de referência se reforçando uma dependência a um único serviço e modo de operar em saúde para a saúde mental ou se está nestes encontros matriciais abrindo possibilidades variadas e diversificadas de cuidado por outros atores e setores, sustentadas em tecnologias relacionais. Isto faz toda a diferença, pois mesmo garantida a regularidade de encontros matriciais, por exemplo, se não for produzido outro referencial sustentado no ideal da promoção à saúde, da integralidade do cuidado e da desinstitucionalização da assistência, a demanda, social e historicamente construída, voltada a execução de procedimentos pelos especialistas irá se manter, tanto da parte dos usuários, quanto dos profissionais, ainda mais dos trabalhadores de outros serviços, que tem no CAPS ainda forte representação do lugar da pessoa em sofrimento psíquico.

Essa perspectiva médica centrada, focada em procedimentos e na medicalização da vida, incompatível com o Matriciamento, mas ainda marcante no pensar do setor saúde foi descrita inclusive como um dificultador ao matriciamento.

São pessoas que não compreendem a lógica da saúde pública e acham que a solução é ambulatorio especializado. A saúde pública passa a ser feita por pessoas que não a conhecem e aceitam a saúde pública. Esta é outra dificuldade enfrentada (matriciador 8).

Tal lógica perpassa a formação de matriciadores e equipes de referência, sendo possível visualizar ainda matriciadores resistentes à proposta matricial “por preferirem estar no atendimento dentro do CAPS” e equipes de referência focadas na ideia de encaminhamento, com transferência de responsabilidade.

Quando a gente chega, que eles apresentam o caso, eles ficam olhando assim para a gente: “E aí? Vamos marcar o psiquiatra? Vocês vão levar o caso para lá?”. Quando a gente fala: “o que você pensou sobre o caso?”, aí eles ficam um olhando para o outro assim: “Ué, mas vocês não vieram aqui para dizer para a gente o que deve ser feito? De novo esta coisa de discussão? A gente não faz outra coisa a não ser discutir este caso aqui, você vem querer discutir mais ainda, você tem que resolver”. Aquela construção mesmo, “vamos pensar direitinho o que é e tal, o que aconteceu, o que pode ser feito aqui” fica comprometida, aí vem aquela fala: “o psicólogo aqui não tem mais vaga, está lotado”. “Então vamos pensar. Não é porque o psicólogo aqui não tem mais agenda que necessariamente ele tem que ser levado lá para o CAPS” (matriciador 13).

Estas situações, segundo outro matriciador, se faz ainda mais presentes “nas Unidades que não têm Estratégia de Saúde da Família”, as quais “tem um distanciamento maior, tipo, 'saúde mental não é comigo', porque a dinâmica do lugar é muito ambulatorial, cada um com a sua salinha” (matriciador 10).

Desta forma, é necessário pensar, mais uma vez, a qualificação destes espaços de encontro, que se estrutura com o tempo, com disponibilidade em ofertar suporte, com habilidade dos envolvidos em manejar conflitos e com a abertura à interação dialógica, que tende a quebrar as resistências e as inseguranças a este outro modo de operar em saúde. O Matriciamento carrega em si, pelo menos em

nível teórico, o imperativo de criar uma cultura reflexiva em relação a este cotidiano de trabalho, com vistas a ampliar a autonomia destes profissionais e a potencialidade de suas ações, “aproximando-os da função de apoiadoras de outros coletivos” (BASTOS, 2009, p.04).

Assim, pode-se dizer que para além dos matriciadores dos CAPS estarem próximos a Atenção Básica, faz-se importante para romper aquele “ciclo desnecessário de encaminhamentos para o CAPS”, por exemplo, a produção de outras ofertas que não aquelas ditadas pelo modelo médico tradicional, mas sustentadas em estratégias que estimulem a “ação de cada sujeito, a partir do seu lugar próprio de produção” (FRANCO; MERHRY, 2005, p.10).

Outra dificuldade apontada por alguns matriciadores se refere a processos de trabalho das Unidades de Saúde: falta de reunião de equipe em Unidades de Saúde da Família, rotatividade de profissionais e de diretores na Atenção Básica, pouca disponibilidade dos profissionais em estarem presentes nos encontros matriciais e trabalharem com o cuidado em saúde mental, relegando tal atenção ao profissional *psí*, encaminhamentos dentro de uma mesma Unidade, pelo fato de alguns profissionais não se falarem.

Faz-se importante problematizar esta “pouca disponibilidade” por parte dos profissionais da Atenção Básica anunciada pelos matriciadores, para que não se fique restrito a uma análise de falta de vontade pessoal de alguns profissionais em trabalhar com o matriciamento. São muitas as possíveis questões envolvidas a

este “não querer”. Trata-se de uma proposta, como já discutido neste texto, que contrasta a perspectiva médico centrado, sem contar problemas de ordem relacional que podem surgir neste trabalho, as dificuldades em operar em rede – “A maioria não está acostumada com o trabalho em rede e aí a saúde mental, principalmente, ela o tempo todo desafia o profissional ao trabalho em rede, em equipe” (matriciador 5) – e os medos presentes no lidar com o sofrimento psíquico que podem influir neste envolvimento dos profissionais no cuidado em saúde mental.

Tais medos são apontados pelos matriciadores inclusive, como outro importante dificultador à incorporação do cuidado em saúde mental também neste nível de atenção por meio do Matriciamento. “Tem a questão do preconceito, da marginalização, do medo. É uma questão que a gente tem que levar em consideração, porque nós aqui no CAPS estamos um pouco mais afastados, mas eles estão lá dentro com a realidade do tráfico, é muito mais complicado” (matriciador 3).

Neste sentido, Campos (2012) destaca a importância de se ter clareza da função matricial, que inclui também o estímulo ao grupo no sentido de contribuir para as descobertas de suas fortalezas, em uma estrutura repleta de micro poderes, mas também de suas limitações e sentimentos (medo, angústia, insegurança do não saber, dificuldades de lidar com grupos, entre outros), de modo que percebendo tais fortalezas e fragilidades possa se ofertar ferramentas importantes no lidar com tais sentimentos e o suporte de estar junto. A partir daí, é possível, de acordo

com a experiência de Domitti (2006, p.62), que as dúvidas e as inseguranças deem lugar “a soluções construídas a partir de problemas que vão se tornando comuns e compartilhados”.

No entanto, conforme trazido pelos matriciadores entrevistados, ainda são muitas as dificuldades de ordem relacional entre matriciadores e profissionais da Atenção Básica. Foi frequente nas falas dos entrevistados a afirmativa de que por vezes as equipes da Atenção Básica os colocam em uma posição de superioridade, como aqueles capazes de resolver todas as situações complexas em saúde mental que surgem na Atenção Básica. Por outro lado, também foi possível apreender o movimento de alguns matriciadores no sentido de reforçar uma relação marcadamente hierarquizada com aquelas equipes, como já apresentado neste estudo.

Eu sinto que é uma dependência grande do CAPS, depende para pensar, depende para abordar, depende para criar e pensar espaços. Ainda se tem uma expectativa de que nós do CAPS somos especialistas em situações de crises, aí eles acham que a gente sabe muito mais que eles, nos colocam neste lugar. É uma pressão forte. Aí você fica meio assim: “aí gente, o que vão esperar de mim? Será que vão me demandar alguma coisa?”. É que tem que ter um conhecimento que eu não tenho e tem que tirar as dúvidas que eu tenho. (Matriciador 11).

Esta afirmativa trazida pelo matriciador, novamente nos convoca a pensar a contribuição também do profissional matriciador em alimentar esta dependência. Como nos traz Franco e Merhy (2005, p.3) “... a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde”. O Matriciamento tem em sua proposta teórica a possibilidade de trabalhar pela autonomia dos sujeitos a partir de seu estímulo à análise dos

processos de trabalho pelo trabalhador, pelo estímulo a liberdade inventiva deste profissional na direção de construção constante de modos inovadores de produção de saúde.

Desta forma, é possível pensar na desconstrução desta elevada expectativa anunciada pelo entrevistado de que o matriciador tem a resposta para todos os problemas em saúde mental; a ideia é uma construção coletiva de alternativas ao cuidado pela integração de saberes, vivências e práticas. Contudo, não se pode deixar de considerar a especificidade do conhecimento do matriciador em saúde mental nesta temática, o que não significa em absoluto uma hierarquização deste saber ao saber generalista, mas a afirmação de sua responsabilidade neste processo de fazer incorporar a saúde mental no cotidiano das práticas da Atenção Básica. Como nos traz Domitti (2006, p.81): é preciso ter clareza de que o “profissional de saúde mental ao oferecer o apoio matricial se coloca neste lugar de saber, mas de um saber que se propõe em sua especificidade, somar a outros na tentativa de equacionamento dos problemas de forma integral”.

Neste processo, assim como as equipes de referência apresentam seus medos, os matriciadores de certo modo também têm suas inseguranças ao encontro, por toda uma lógica já discutida neste texto, predominante nas formações em saúde, voltada também a compartimentalização dos saberes e práticas que abre poucas possibilidades de estar com o outro para construir modos de cuidado, que não estão dados por um conhecimento em específico, mas que se compõe de uma integração regida pela ética e solidariedade dos atores envolvidos.

O trabalho interdisciplinar, sustentado em uma concepção ampliada de saúde, tende a retirar o profissional de sua zona de conforto, uma vez que passa a ser convocado a atuar em outras frentes, que não somente aquela específica de seu núcleo de saber, sem contar a dependência de outros atores para a efetivação de uma atenção de qualidade. Isto tudo pode gerar insegurança e certa resistência a este encontro suscitado pelo Matriciamento.

Dito isto, constitui-se também nesta proposta de matriciamento outras dificuldades de ordem relacionais entre os matriciadores dos três CAPS e entre matriciadores de um mesmo CAPS.

Na maioria das vezes os casos envolvem uma questão de álcool e drogas, uma criança, um idoso, transtorno mental, mas fica assim: “não, esse caso é de transtorno, o transtorno vem primeiro e o álcool depois”. Isto tem efeito para este trabalho e no próprio cuidado ao usuário. A questão é que cada um tem uma visão diferenciada do que é matriciamento. Os CAPS não conseguem dialogar bem para darem diferentes suportes. Aí as Unidades ficam perdidas, são várias formatações e vários entendimentos. Tem uns Centros que esperam mais a demanda acontecer, não buscam a Atenção Básica para um trabalho conjunto, outro sim, outro parece não querer fazer matriciamento. Fora dentro do CAPS, que também a gente não se encontra, os matriciadores de regiões diferentes, para trocar as experiências (matriciador 14).

Tal diversidade de entendimentos trazida na fala acima é justificada pelo matriciador a partir de outras situações também identificadas por ele como dificuldade ao matriciamento em saúde mental: “falta de uma normativa para o apoio matricial, assim as pessoas trabalham com isto se quiserem”; “o fim das reuniões regionais em que os profissionais podiam trocar experiências e também estes entendimentos” e a falta de uma formação para estes matriciadores – “A

gente acaba entrando no matriciamento jogado”. Assim, como trazido por Domitti (2006), configura-se um dilema entre a invenção de modos de fazer e a insegurança de agir solitário, que pode ser minimizado por certas garantias, já discutidas neste texto, para fazer valer tal estratégia matricial.

Além destas dificuldades, outro matriciador refere um problema de ordem organizacional. Tem-se no município um programa avaliativo voltado à análise do processo produtivo interno aos serviços, por meio do cumprimento de certas metas pactuadas. O Matriciamento em saúde mental foi pactuado apenas pelos serviços CAPS, o que significa na prática, segundo alguns matriciadores, um desencontro entre equipes de referência e matriciadores, já que enquanto estes últimos demandam da Atenção Básica a marcação destes momentos matriciais, a Atenção Básica está em busca do cumprimento de outras metas diferentes pactuadas por ela para recebimento de acréscimo remunerativo. Nas palavras do matriciador 16:

Veja só o prejuízo para este trabalho de apoio matricial. Não é interesse da Unidade de Saúde receber o apoio matricial, não vai comprometer a meta dela da saúde, ela vai continuar recebendo o recurso se ela não aceitar o apoio matricial lá e nós, por outro lado, ficamos desesperados em ofertar o apoio matricial, porque a gente quer bater a meta, a gente precisa bater a meta. Então, a sensação que a gente tem quando vai para reunião é como se o interesse fosse somente nosso e não deles.

Por fim, alguns matriciadores também pontuaram entraves estruturais ao matriciamento, como, “a falta uma estruturação de veículos, ambulância e leito de retaguarda” (matriciador 7).

Propostas de consolidação do matriciamento no município na visão dos matriciadores

Foi marcante entre os matriciadores a defesa da necessidade de mais tempo para dedicação ao matriciamento, tendo em vista os desdobramentos deste trabalho. Desta forma, surgiram propostas no sentido de dividirem as equipes da Atenção Básica entre os matriciadores, de modo que cada equipe matriciadora ficaria com um número específico de equipes para matriciar – corroborando a indicação inicial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) – e/ou ainda a formação de equipe dentro do CAPS mais voltada a este trabalho de matriciamento, "para estreitar relações, participar da promoção da saúde de maneira ampliada no território, fazer algumas ações juntos, porque alguns dos trabalhos que acontecem aqui poderiam acontecer lá" (matriciador 12).

Esta equipe, segundo os matriciadores, poderia ser formada por profissionais de cada uma das categorias profissionais existentes nos CAPS, que prestaria Matriciamento para todas as regiões de saúde do município.

(...) Então faria uma equipe para estar mais dentro do CAPS e outra de matriciadores. De seis em seis meses estas equipes mudariam, uma passaria a matriciadora e a outra viria para dentro do CAPS. Não ia ter desfalque. Porque tem aquela questão que esvazia o serviço. Eu pego um dia da semana para fazer matriciamento, às vezes até dois, de cinco dias, eu estou esvaziando o serviço, entre aspas, por dois dias. Então a equipe de fora traria os encaminhamentos para equipe de dentro, não só encaminhar, ela também faria parte do CAPS (matriciador 18).

Na proposta destes matriciadores, tal equipe deveria se encontrar pelo menos mensalmente com a equipe de referência, incluindo o médico psiquiatra em

algumas destas idas ao território, para contemplar também os interesses dos médicos de família, que por vezes “se sentem muito inseguros para manter a prescrição, para mexer, para ligar. Eles querem conversar para pegar dicas de como proceder e não somente aquilo de encaminhar, mas para isto precisa desta presença também” (matriciador 17).

Os matriciadores argumentam ainda que uma equipe multiprofissional agregaria conhecimento para a efetivação do cuidado, todavia isto também pode ser alcançado por meio de encontros produtivos entre estes profissionais, com núcleos de saberes diferentes, para a composição de um campo ampliado de saúde, favorável à consolidação da integralidade da atenção no território. Por outro lado, a proposta de formação de duas equipes com funções diferentes dentro do CAPS deve ser analisada com muita cautela, para se evitar qualquer possibilidade de fragmentação dentro de um mesmo serviço. Todavia, talvez este risco esteja atenuado pela possível alternância de papel entre estas equipes, sugerida pelo matriciador 18.

Outra proposta apontada pelos matriciadores, caso não seja possível a constituição desta equipe interdisciplinar de profissionais de um mesmo CAPS, que os três CAPS possam estar juntos no encontro com as equipes de referência, até mesmo como uma formação também para os matriciadores. Assim, “depois todos os CAPS podem discutir de tudo, porque às vezes você também está trabalhando em um caso de uma criança, aí de repente tem uma mãe que tem

transtorno, tem um irmão que tem uma questão com drogas e aí você tem condições de trabalhar” (matriciador 9).

Em se estabelecendo estas equipes mais voltadas ao trabalho de Matriciamento dentro dos CAPS, os matriciadores consideram ser importante “estabelecer alguns requisitos do tipo: a pessoa ter uma experiência mais vasta neste campo e com esta rotina do CAPS” (matriciador 7). Este é um ponto inclusive, segundo relato deste matriciador, trazido também pelas equipes de referência, que consideram que o Matriciamento só se faz efetivo quando trabalhado por profissionais com certo “percurso dentro da temática”. Outro matriciador agrega a esta discussão os seguintes argumentos:

Tem que ter uma política de gestão de pessoas mais atenta a algumas características do profissional matriciador, que veja a disponibilidade do profissional para este trabalho, ou que coloque o profissional que tem menos este jeito de trabalhar com o apoio com outro que tenha mais, para ele se formar, não sei, porque o apoio vai requerer visitas, reuniões, que você consiga dar uma capacitação, mesmo que não seja aquela capacitação, mas ler e entender um texto junto com a equipe, ouvir de lá, ter uma escuta, porque nós sabemos que têm profissionais que não têm escuta, não aceitam receber questionamento, então se colocam em um lugar mais de dificuldade do que de facilitador do processo. A gente tem que pensar que este trabalho já tem angústias, medos, inseguranças e se você chegar lá da mesma maneira, aí não dá (matriciador 16).

Mais uma vez se faz presente a afirmativa da necessidade de um cuidadoso processo formativo também para os matriciadores, no sentido de exercitar, para além da escuta, a capacidade de analisar, falar, agir e deliberar de modo participativo e articulado com os demais integrantes da rede de saúde, considerando a diversidade de pontos de vistas e desejos presentes nestes encontros. Como dito por Campos (2012) o matriciador precisa de apoio e isto se

faz também por meio da discussão de casos e de temas polêmicos, dos questionamentos surgidos no diálogo, da sugestão de textos teóricos sobre mediação de conflitos e sobre a formação de espaços coletivos, dentre outras possibilidades.

Neste sentido, foi frequente entre os matriciadores a proposta de constituição de um “matriciador dos matriciadores”, para que também possam ter seus momentos de avaliação deste processo matricial.

Certamente o trabalho aqui nos capacita, o que eu preciso para ser apoiadora matricial é o que eu preciso também para lidar com os usuários e com as famílias aqui, mas eu acho que a gente também precisa de um matriciador dos matriciadores, uma supervisão. A quem a gente se dirige para falar das nossas dificuldades? Porque nos é solicitado um saber, uma suposição de saber que às vezes a gente precisa trabalhar isto melhor. Então seria uma pessoa não só para levar casos, mas também para a gente discutir alguns modos de nos relacionar, trabalhar o modo como vamos conduzir naquilo que a Atenção Básica nos demanda. Seria também um espaço de avaliação deste processo para aprofundamento neste modelo (matriciador 13).

Além disto, os matriciadores destacam também a importância de outros suportes para fazer valer a estratégia matricial em toda sua potencialidade, como, por exemplo, “o apoio da área técnica de saúde mental”, “a garantia de espaços de discussão, como as reuniões regionais sistemáticas que aconteciam”, “discussão e interlocução entre os matriciadores para afinar os entendimentos” e “o apoio e o contato também com os outros pontos da rede”.

Inicialmente a área técnica acompanhava de perto, dava suporte, se oferecia para fazer discussões, leituras de textos até para explicar para a equipe o que é matriciamento e como funciona assumir esta função. Não era uma coisa que jogaram. Agora nós só temos os nomes das pessoas da área técnica, mais nada. Só o nome não faz funcionar a saúde mental. Agora o apoio funciona pela disponibilidade pessoal de alguns

quererem fazer. Tinha também a reunião regional mensal, que não tem mais, era um momento muito bacana para as Unidades e os Centros se reunirem. A gente conhecia as pessoas, olhava para o rostinho da pessoa e quando ligava para a Unidade, por exemplo, você sabia com quem estava falando. Tem que retomar tudo isto. A gente tem a necessidade desses encontros, porque às vezes é um trabalho muito solitário e se você junta forças, você começa a disparar a fazer. Eu ainda aposto nesta possibilidade da expressão, onde eu posso dizer como eu me sinto, o que eu vejo e percebo daquela situação, relembrar os casos bem sucedidos e os avanços. (Matriciador 10).

Para Chiaverini (2011) as resistências ao cuidado à pessoa em sofrimento psíquico podem vir justamente desta falta de espaços de “expressão”, que coloca as equipes, sejam elas equipes de referências ou equipes matriciadoras, em situação de terem que dar sozinhas soluções para os problemas psicossociais dos usuários, reforçando assim a sensação de impotência, o que conseqüentemente acaba afastando o profissional das necessidades destas pessoas em saúde mental. O Matriciamento, como trazido pela autora, propõe um desvio nestas faltas, para assim possibilitar que todos da área da saúde se sintam apropriados a fazer uma escuta, sem tamanha angústia e sofrimento para os profissionais, evitando assim aquelas atitudes de passar adiante o caso pelo sentimento de incapacidade e/ou paralisia.

Desta forma, estes matriciadores advogam por aquelas garantias, já discutidas neste texto, para que o Matriciamento aconteça. Nas palavras de um dos matriciadores: “Não dá para ficar só na sensibilização, nós precisamos de certas garantias por parte também da gestão, certas pactuações, porque também não adianta um dispositivo que oriente se não tiver pactuação com o diretor da Unidade, com o diretor do CAPS, por exemplo” (matriciador 15).

Realizadas tais pactuações, os matriciadores propõem a construção de um “guia de matriciamento do município” que oriente as práticas matriciais, contemplando as particularidades de cada serviço que trabalha com esta proposta. Estes matriciadores explicam que não se trata de “um modelo único para o município”, mas de uma linha guia que contemple os importantes pressupostos deste trabalho.

Algumas considerações

O Matriciamento configura-se como um desafio cotidiano, tendo em vista a lógica atual de grande concorrência dentro das instituições, que faz com que as pessoas se coloquem por vezes em posição reativa ao outro, cristalizando-se em identidades de seu núcleo de saber, o que dificulta a interação inevitável no matriciamento. Ao contrário, essa proposta de trabalho necessita de certa predisposição subjetiva para lidar com as incertezas em cuidar em saúde mental – que não encerra em si qualquer padrão – para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Neste sentido, o Matriciamento ratifica sua importância para o sistema como um todo. Apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas para sua consolidação, bem como alguns equívocos em relação à apreensão de sua proposta em toda sua potencialidade, destacam-se contribuições importantes, em especial, para os próprios CAPS, que se incluíram definitivamente no processo de luta pela incorporação da saúde mental na linha de cuidado da Atenção Básica, atuando,

não tão mais timidamente, pela organização da rede de atenção à saúde mental como um todo.

Os casos de acompanhamento bem sucedidos, anunciados pelos matriciadores envolvidos neste estudo, são descritos como aqueles em que se conseguiu efetivamente envolver a rede, por meio do Matriciamento, na construção do cuidado aos usuários. Isto é produzir inteligência coletiva, como trazido por Oliveira (2011), capaz de modificar os territórios existenciais de todos os envolvidos - do sujeito-usuário que passa a ser considerado na construção de planos de vida para a sua vida e do profissional que desfaz da sobrecarga de ter que dar respostas exatas por poder compartilhar suas incertezas. Assim, pode se alterar o jogo de forças dos diagramas de poder, pelo próprio sentido do termo “matriciar” que traz a perspectiva de poder contribuir com o outro em traçar o seu caminho, dando suporte à construção de autonomia. Assim a relação pode se sustentar na solidariedade, na troca, no encontro produtivo de saberes e subjetividades, de modo que assim todos se modifiquem. Bastos (2009) descreve a função matriciadora justamente como a possibilidade de permitir-se transformar e se ofertar ao outro. Neste sentido, que acreditamos na capacidade deste trabalho na direção da promoção à saúde e da desinstitucionalização do cuidado.

Referências

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BASTOS, E. N. E. A prática cotidiana e a função apoiadora. In: Seminário Nacional de Humanização do SUS, 2, 2009, Brasília. **Anais do II Seminário Nacional de Humanização: Trocando Experiências. Aprimorando o SUS**, 2009. Disponível em <<http://www.sispmh.com.br/anais/inicio.asp>>. Acesso em 28 mar 2015.

BERTUSSI, D. C. **O Apoio Matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2015. 2003.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde. In: MERHY E. E. e ONOCKO R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

_____. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr 2012.

CAMPOS, G. W. S. e DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, 2007.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DOMITTI, A.C. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado matricial na Atenção Básica de Saúde**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção Imaginária da Demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.

IGLESIAS, A. **Em nome da promoção à saúde: análise das ações em unidade de saúde da macrorregião de Maruípe Vitória - ES**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

KINOSHITA, R.T. **Crise e urgência**. Vídeo-aula ministrada no curso Crise e Urgência em Saúde Mental realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2014.

MACHADO, L. D.; Lavrador, M. C. C. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, L. D., LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 45-58, 2001.

MELO, V. M. de. **Uma experiência baseada no Apoio Matricial em Saúde Mental**: estratégia para um atendimento integral. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

MONTERO, M. Construcción, deconstrucción y crítica: teoría y sentido de la psicología social comunitária em América Latina. In CAMPOS R.H.; GUARESCHI, P.A. **Paradigmas em psicologia social**: a perspectiva latino-americana. Petrópolis: Vozes, 2000.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede In: Campos, G. W. de S.; Guerreiro, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. 1.ed. São Paulo: Hucitec, p.154-178, 2008.

OLIVEIRA, G. N. de. **Devir Apoiador**: Uma Cartografia da Função Apoio. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PINTO, C. A. G. Diagnóstico compartilhado no trabalho das Equipes de Saúde da Campos, G. W. de S.; Guerreiro, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. 1.ed. São Paulo: Hucitec, p.154-178, 2008.

RODRIGUES, E. da S.; Moreira, M. I. B. A interlocução da saúde mental com Atenção Básica no município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

VIEIRA FILHO, N. G.; Rosa, M. D.; Vidal, T. C. M. Intervenções em rede: a prática de apoio matricial entre saúde mental e Atenção Básica-Estratégia Saúde da Família. In: Simpósio de Práticas Psicológicas em Instituição, 8, 2008. **Anais do**

VIII Simpósio de Práticas Psicológicas em Instituição. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

4.7 ESTUDO 7¹⁴

UMA ANÁLISE SOBRE O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Resumo: Objetivou-se neste estudo analisar o discurso sobre as práticas de Matriciamento em saúde mental a partir das concepções trazidas pelos profissionais que compõem as equipes de referência de Unidades de Saúde de um município do sudeste brasileiro, que realiza tal matriciamento a partir dos Centros de Atenção Psicossocial. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de categorias diversas, que compõem equipes de referência de diferentes Unidades de Saúde, incluindo médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, dentre outros, totalizando seis participantes de pesquisa. O Matriciamento em saúde é trazido por algumas equipes de referência como uma estratégia favorável à melhoria da atenção em saúde mental e por outras como uma proposta com baixa resolutividade, a qual acabou por se reverter em aparato de fiscalização e de ampliação do poder dos especialistas. Seja em um ou outro entendimento, destaca-se a necessidade de cuidado e delicadeza para com as relações entre os envolvidos nesta desafiadora empreitada, trazida pelo Matriciamento, de promoção à saúde e desinstitucionalização do cuidado por meio de uma regularidade de encontros produtivos entre estas equipes e as equipes matriciais.

¹⁴ Este estudo será submetido à avaliação da Revista Saúde e Sociedade.

Palavras-Chaves: Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial

AN ANALYSIS OF THE MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF THE PRIMARY CARE REFERENCE TEAMS

Abstract: This study was set to analyze the matrix support practices in mental health from the concepts brought by professionals who are part of the reference teams of the Primary Care Units of a city located at the Brazilian southeastern region, in which the matrix support practices are performed by the Psychosocial Care Centers. Semi-structured interviews were conducted with different types of professionals, all of which who are part of the reference teams of different Primary Care Units, including doctors, nurses, community health agents and others, totaling six research participants. Health matrix support is seen by some reference teams as a strategy favorable to the improvement of mental health care and by others as a proposal of poor solutions, which turns out to be an apparatus for supervision and an amplification of the power attributed to experts. Whether at one or another understanding, it is highlighted the importance of the care and courtesy needed within the relations between those involved in this challenging task, brought by the matrix support, health promotion and deinstitutionalization of care through regular meetings between these teams and the teams of matrix support.

Keywords: Matrix support, Mental Health, Primary Care, Psychosocial Care Centers.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciada pela experiência italiana, assumiu como uma de suas principais bandeiras de luta, dentro do campo da saúde mental, a desinstitucionalização, que diz da mudança cultural, política, social, ideológica e ética no modo de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. Nesta direção, a articulação entre a saúde mental e a Atenção Básica se afirmou como imprescindível no sentido de superar o modelo de atenção centrado no saber médico e no hospital como única alternativa de tratamento, para uma perspectiva de cuidado voltada a atenção integral e territorializada, a qual se apresenta como favorável à convivência e circulação destas pessoas nos espaços que habitam (AMARANTE, 1998; MEDEIROS; BEZERRA; BRITO; SEVERO; SOARES; DIMENSTEIN, 2007).

Contudo, ainda assim, estas articulações apresentam algumas resistências, tendo em vista, por exemplo, que os preconceitos, dentre outras questões, também perpassam profissionais que compõem os estabelecimentos de saúde e outros tantos serviços necessários na composição da rede de cuidado para a sustentação desta empreitada de desinstitucionalização.

Neste contexto, o Matriciamento em saúde mental surge como uma possibilidade de fomentar tais articulações ao promover encontros produtivos e sistemáticos entre equipe de saúde mental e equipe de Atenção Básica para a troca de saberes e práticas, que uma vez sustentados na perspectiva da clínica ampliada, trabalham pela construção de um cuidado integral, voltado à promoção à saúde. Assim, por meio também do matriciamento em saúde mental as pessoas em sofrimento psíquico podem passar a existir em seu território, uma vez que esta estratégia de cuidado deve operar no sentido de desmitificar, sensibilizar e provocar mudanças no modo de perceber o sofrimento psíquico. Em outras palavras, o Matriciamento busca ampliar os olhares de todos os envolvidos no cuidado, no sentido de obstaculizar aqueles pensamentos que insistem em psiquiatrizar e psicologizar o sofrimento humano (DOMITTI, 2006).

Desta forma, são muitas as transformações possíveis de serem trabalhadas pelo matriciamento, em especial a própria lógica de perceber o processo saúde doença, não mais centrada na doença, mas no sujeito com suas histórias, representações e contextos, o qual, apesar de um estado de sofrimento, pode produzir movimentos de vida favoráveis à produção de saúde. Nesta perspectiva matricial passa a se trabalhar com uma multiplicidade de paradigmas, para além do biomédico, para o cuidado das questões de saúde em sua complexidade. Como advoga Souza (2004) é esta intercessão entre os diversos paradigmas, saberes e práticas que nos possibilita encontrar, localmente, estratégias singulares de operar pela inclusão das pessoas que sofrem mentalmente e pela mudança no modo de pensar e intervir em saúde, na direção de uma produção

progressiva de corresponsabilidade de todos os profissionais pelo cuidado em saúde, independentemente da situação que se apresenta.

Nestas relações matriciais configuram-se duas equipes: a equipe de referência, responsável por fomentar o cuidado integral por meio do acompanhamento longitudinal da situação em questão; e a equipe matricial, que com seu núcleo de conhecimento específico, contribui para ampliar as possibilidades de efetivação da integralidade, compartilhando saberes e práticas com as equipes de referências.

Damos destaque neste estudo às equipes de referência, que têm sido representadas principalmente pelas equipes de Unidades de Saúde. Defendemos que estes lugares – equipes de referência e equipes matricial – não são fixos, uma vez que uma equipe de referência pode passar a equipe matricial e vice-versa na medida da necessidade da situação de saúde que se apresenta. Todavia, por uma questão didática, nos referiremos neste estudo às equipes de referência como as equipes das Unidades de Saúde e as equipes matricial em saúde mental como as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

As equipes de referência têm assumido a importante função de convocar quantos mais atores necessários para contribuir pela efetivação de um cuidado ampliado em saúde, uma vez que, estando mais próxima da realidade do usuário, têm condições de dimensionar as necessidades de saúde presentes em cada situação que se apresenta ao setor saúde, possibilitando assim a interdisciplinaridade, a

intersetorialidade e a própria clínica, pela integração de ações pela promoção à saúde e pela desinstitucionalização do cuidado (CAMPOS,1999).

No caso específico da saúde mental, as equipes de referência têm ainda a função de manter um trabalho também junto à comunidade de modo geral pela desinstitucionalização, cuidando de cada sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida, o que implica a construção conjunta de possibilidades favoráveis à promoção à saúde (VIEIRA FILHO; ROSA; VIDAL, 2008).

Diante da importância destas equipes de referência para fazer valer as possibilidades trazidas pelo Matriciamento, consideramos indispensável conhecer as percepções dos profissionais que compõem estas equipes sobre a proposta matricial, entendendo que são estes entendimentos que irão orientar as práticas cotidianas destes trabalhadores na direção de efetivar o matriciamento em saúde mental. Assim, objetivamos neste estudo analisar o discurso sobre as práticas de Matriciamento em saúde mental a partir das concepções trazidas pelos profissionais que compõem as equipes de referência de Unidades de Saúde de um município do sudeste brasileiro, que realiza tal matriciamento a partir dos Centros de Atenção Psicossocial.

Método

Trata-se de uma pesquisa que se utiliza de uma abordagem qualitativa, realizada em um município do sudeste brasileiro, o qual se divide em seis regiões de saúde, com territórios específicos que carregam suas particularidades no que diz respeito às condições socioeconômicas e culturais. O município possui, além de outros dispositivos de saúde, três CAPS (CAPS II, CAPS álcool e drogas e CAPS infanto-juvenil), que realizam, juntamente às 30 Unidades de Saúde do município, o Matriciamento em saúde mental.

Para este estudo foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas com profissionais de diferentes categorias, que compõem as equipes de referência da Atenção Básica, incluindo médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, dentre outros. Cada um dos entrevistados compõe equipes de Unidades de Saúde e regiões de saúde diferentes, totalizando seis participantes de pesquisa. Tomamos os profissionais entrevistados como representantes de equipes de referência, sendo denominados neste estudo, portanto, de “equipe de referência”. As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em áudio, seguindo o protocolo de aceitação dos participantes, da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Seguiu-se com a utilização do método de análise de conteúdo de Bardin (1988), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Resultados e Discussões

Uma apresentação do Matriciamento em saúde mental na perspectiva da equipe de referência

As equipes de referência apresentam o Matriciamento em saúde mental do município como uma proposta de encontro entre equipes da Unidade de Saúde e de CAPS, preferencialmente para discussão de caso. “São casos de suicídio, depressão grave, criança que ficava isolada dentro de casa e não se conseguia avançar. São casos que a psicóloga escolhe que ela quer discutir e a gente discute junto com o pessoal dos CAPS” (equipe de referência 1). Em algumas Unidades de Saúde, de acordo com os entrevistados, são realizadas também outras atividades para além da discussão de caso, como visita e atendimento compartilhado. O Matriciamento em saúde mental permanece bastante centrado na figura do psicólogo e do assistente social da Unidade de Saúde. Em algumas Unidades estes dois núcleos de saber conseguem envolver outros profissionais, quando possível coincidir a reunião de matriciamento com a reunião da equipe de saúde da família. Em relação a isto, as equipes de referência destacam a importância do envolvimento de uma maior variedade de profissionais, quanto possível, para que assim “todo mundo da Unidade possa conhecer a situação do paciente e também tentar ajudar aquela família, viabilizar, facilitar o acesso, ter um olhar diferente e sair um pouco de algumas burocracias, que não funcionam para este paciente. Você só distancia ele do tratamento” (equipe de referência 2).

Esta fala, de certo modo, nos convoca a analisar a organização dos serviços, muitas vezes tecnocrática e burocratizada, que obstaculiza o acesso, a qualidade e a efetividade da atenção à saúde de um modo geral.

Por outro lado, esta fala nos traz também a discussão da efetivação da equidade da atenção em saúde. Certamente, deve se ter garantida uma atenção acolhedora e responsável a todas as pessoas que buscam o sistema. Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, todos os usuários deveriam contar com este acesso facilitado, anunciado pelo entrevistado, todavia não se pode deixar de considerar a maior complexidade envolvida no cuidado em saúde mental, o qual não contempla procedimentos padronizados, como dispõe muitos dos agravos atendidos também pela Atenção Básica. Assim, há que se ponderar que o cuidado em saúde mental requer uma disponibilidade, flexibilidade e atenção dos serviços e profissionais para que de fato o cuidado aconteça para estas pessoas em sofrimento psíquico (ROMANHOLI, 2004).

Um dos entrevistados relata o caso de um usuário em sofrimento psíquico que necessitava com urgência de uma consulta médica por conta de dores no ouvido, contudo sempre que agendado o atendimento ele não conseguia esperar a sua vez, “se desse o horário do almoço ou se demorasse muito, ele se mandava”. Percebendo isto, este profissional começou a interagir diretamente com o médico que faria a consulta e assim conseguiu garantir a atenção a este usuário.

Eu vi que interagir direto com o profissional eu resolvo melhor do que ficar esta coisa de papel, então depois destas conversas, que eu também levei para minha equipe, eles começaram a abrir as portas para

estes pacientes. "Ele é uma pessoa que não espera, ele tem este problema". Todo mundo tem que conhecer e o sistema em geral não está tendo este acolhimento para saber quem são estas pessoas que tem estas dificuldades. Eles não são dementes, mas tem certa dificuldade de entender, marcar uma consulta no momento que surtam. Eu sei que todo mundo tem que ter tratamento especial, mas estes exigem mais, um pouco mais de paciência, um pouco mais de tempo mesmo para olhar para as diferenças (equipe de referência 3).

Isto fala da garantia da equidade da atenção, que consiste na diminuição das desigualdades presentes na vida destas pessoas em sofrimento psíquico, as quais por anos, por exemplo, estiveram excluídas de qualquer cuidado, que não daquele tratamento restrito as suas questões mentais, resultando na psiquiatrização e a medicalização do sofrimento, em prejuízo a um cuidado respaldado na vulnerabilidade, necessidades e fortalezas daquele usuário.

Em relação à frequência dos encontros entre equipes de referências e equipes matriciais, os entrevistados falam de uma variação: em algumas Unidades acontecem mensalmente, em outras bimestralmente, ou ainda, esporadicamente, na medida da necessidade das situações que surgem, o que é considerado insuficiente por estas equipes de referência para atender a complexidade dos casos de sofrimento psíquico também cuidados nas Unidades.

Como discutido em outros estudos, defendemos a regularidade dos encontros matriciais como possibilidade concreta de fazer valer as propostas trazidas pelo matriciamento (IGLESIAS; AVELLAR, 2015a). Corroboramos a argumentação de Boing e Crepaldi (2010) de que a limitação de contato e tempo do profissional matriciador junto à comunidade e as equipes de referência pode fazer com que se mantenha a lógica do modelo tradicional, focado no sintoma, na doença, nos

casos identificados, na figura do profissional psi para o cuidado em saúde mental; ao contrário da perspectiva matricial de ampliação do olhar sobre estes sujeitos e seu entorno, para a promoção à saúde, que requer justamente a aproximação com o cotidiano das comunidades e das equipes, pensando juntas alternativas diversas de ação.

Vale destacar ainda que nenhum dos entrevistados disse conhecer a história de implantação do matriciamento em saúde mental, as razões para tal implantação e os objetivos do município com esta proposta matricial. Segundo eles, o matriciamento foi algo que “caiu de paraquedas”. Assim como trazido em outro estudo sobre a temática (IGLESIAS; AVELLAR, 2015b) consideramos o desconhecimento de tais informações como possivelmente prejudicial a uma análise do processo de matriciamento do município em toda a sua complexidade, já que entendemos a história como elemento indispensável para se trabalhar as dificuldades e se destacar os avanços no caminho de construções mais condizentes com a realidade que se apresenta.

Outras percepções sobre o Matriciamento em saúde mental

Os profissionais entrevistados que compõem as equipes de referências da Atenção Básica trazem basicamente duas percepções a respeito do Matriciamento: uma que define o Matriciamento como uma importante estratégia de orientação das equipes para o trabalho em saúde mental e outra que diz da pouca resolutividade do matriciamento.

Neste primeiro sentido, os profissionais reconhecem a importância do Matriciamento não somente na transmissão de informações, mas na orientação pela prática, como, por exemplo, por meio da “criação de grupos de atendimentos” envolvendo matriciadores e matriciandos. Para eles tal formato de fazer junto tem contribuído mais para apreensão da proposta. Contudo, apesar dos profissionais das equipes de referência apontarem a importância de se fazer junto, predomina ainda, como trazido acima, a discussão de caso como principal ferramenta de Matriciamento, que igualmente tem sido considerada importante pelas equipes para a apropriação do cuidado em saúde mental pela Atenção Básica. Nas palavras do profissional da equipe de referência 1:

Teve uma vez que a psicóloga pediu para eu ir ao CAPS para a discussão de um caso, participei da reunião com eles e foram interessantes todas as orientações. Eu acho boa esta discussão de caso com o matriciamento para esclarecer como tem que fazer certo e como funciona. Eu acho que todo mundo está apreendendo, por exemplo, como as matriciadoras falaram: a proposta do CAPS é o contrário de antigamente: o asilamento dos pacientes, que ficavam em internações de anos, excluídos do convívio familiar, da sociedade e tudo mais. Mas até para fazer o contrário, a gente vai ter que aprender fazer o certo.

Tem-se uma expectativa elevada em aprender como fazer corretamente, que encerra em si pouca abertura a imprevisibilidade da vida. Todavia, faz-se importante trabalhar esta expectativa a favor de compartilhar com estas equipes de referência as múltiplas possibilidades de cuidado em saúde mental, possivelmente vivenciadas pelos matriciadores em saúde mental, de modo que estas equipes de referência possam “aprender a abrir-se para escutar o que está fora, sem reagir mecanicamente, na tentativa de produzir mudanças de estado instantâneas” (BERTUSSI, 2010, p. 143). O cuidado em saúde mental não cabe

em protocolos rígidos, não há certo e errado, a proposta é que os profissionais envolvidos neste cuidado aprendam a lidar com os sujeitos em sua complexidade, em um processo constante de invenção de alternativas de cuidado pautadas na realidade de cada um destes sujeitos.

Isto não significa a negação da importância de se compartilhar também informações como as trazidas pela Reforma Psiquiátrica. Há que se considerar que por vezes o que se conhece é justamente aquela maneira de tratar focada na doença, na medicação e na exclusão, tanto é que quando o matriciamento em saúde mental trouxe para discussão com a Atenção Básica outras possibilidades de cuidado – diferente da ideia da necessidade de isolamento das pessoas em sofrimento psíquico – segundo relatos de alguns entrevistados deste estudo, os agentes comunitários de saúde começaram a trazer para a pauta de discussão da equipe de saúde da família casos, por exemplo, de cárcere privado de pessoas em sofrimento psíquico, que até então eram percebidos com certa “naturalidade”, já que a perspectiva que tinham de tratamento para estas pessoas era da necessidade de reclusão. Por isto, reforçamos também o valor das informações antimanicomiais como ferramentas para a criação destas alternativas de cuidado pelos profissionais de saúde envolvidos.

Todo este compartilhar da experiência dos matriciadores em saúde mental, inclusive, se sustentado em relações horizontalizadas, capazes de minimizar as resistências, pode mudar um contexto de pouca credibilidade do Matriciamento,

trazido por alguns profissionais entrevistados nesta pesquisa, que percebem o matriciamento como uma proposta sem resolutividade.

Eu não vejo porque do apoio, eu não gosto deste apoio da saúde mental, porque a gente vê que a coisa não acontece, me intriga não ver retorno de imediato. O matriciamento demora muito para chegar, para retornar, isto deixa a gente, enquanto trabalhadores, ansiosos, porque a gente quer ver o paciente melhor. Por tudo isto, quando o caso é leve eu até encaminho para conversar na equipe, junto com o apoio, mas os casos complexos eu já passo direto para o psiquiatra, para ser mais rápido e resolver. Às vezes a gente até pensa que eles vêm apenas para verificar o trabalho da gente, porque não resolve nada. Por exemplo, outro dia eles mandaram uma relação de casos para ver se estava sendo acompanhado aqui, aí se discutiu um pouco, mas não se tomou medida nenhuma, parece que é só verificar se estava lá ou se estava aqui (equipe de referência 4).

Essa fala nos convoca a colocar em análise a resolutividade do Matriciamento, bem como a possibilidade de sua reversão em aparato de fiscalização e controle, sob o risco, como nos traz Tenório (2009) do matriciamento operar na contramão do que se deseja, aumentando o poder dos especialistas e obstaculizando a comunicação crítica em relação inclusive ao suposto saber/poder.

Por outro lado, há que se analisar também se esta crítica trazida pelo entrevistado acima não se refere à dificuldade em aceitar a função de regulador de fluxo devidamente exercida pelo Matriciamento, a qual tem sido apontada como um dos principais fatores de conflito entre os profissionais envolvidos neste trabalho, uma vez que neste sentido o matriciamento promove um desvio do tradicional, do fazer automático, voltado ao encaminhamento e a perspectiva de que existem soluções exatas, simples e sem efeitos colaterais para um caminho em que o fazer deve ser pensado caso a caso e as ações construídas conjuntamente a partir de um determinado sentido (FIGUEIREDO, 2006). A autora compara esta função com a

de um guarda de trânsito, que em um “cruzamento obstruído, orienta a passagem dos automóveis para um desvio” (p.126), no caso do Matriciamento um “guardião do trânsito livre e direto de encaminhamentos” (p.127) para o especialista na direção de uma construção integral de cuidado em saúde.

Contudo, independente das razões das críticas trazidas pelo entrevistado acima, destaca-se a necessidade de se trabalhar com muita atenção e apreço as relações entre as equipes de referência e as equipes matriciais, para que o cuidado em saúde mental por estes atores não saia prejudicado. Entendemos que o impedimento ao livre fluxo de encaminhamentos, por meio da solicitação de discussão anterior do caso, ou ainda, a recusa em atender sozinho por parte daquele profissional que tenta implementar o matriciamento, pode ser trabalhado de modo que isto não seja “visto pelos outros profissionais com um não-apoio” (LOPES, 2009, p.17) e resulte na quebra de vínculo entre estes trabalhadores.

A diferença está em como se faz, se baseado no respeito à avaliação do outro que entende o caso como complexo ou na ideia do outro como um profissional que nada sabe de analisar situações complexas em saúde mental; se sustentado pelo vínculo entre equipes, ou se marcado por relações burocráticas e verticalizadas; se colocado à disposição em estar junto ao outro no pensar e fazer ou se presente apenas para impor ao outro responsabilidade; se entende que um depende necessariamente do outro ou se o estar junto é unicamente para marcar o não saber do outro que deve ser ensinado em seu modo de operar em saúde mental. É importante construir relações baseadas na negociação, de modo que

cada um ceda um pouco para que se possa construir assim, o vínculo necessário às transformações almejadas e à continuidade do acompanhamento integral à pessoa que sofre psiquicamente.

Há que se atentar para estes detalhes, que não são meros detalhes, para que aquele lugar estratégico da Atenção Básica no cuidado em saúde mental, favorável a ampliação do olhar sobre a complexidade da vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, não dê lugar a um contexto em que prevalece o acesso ao psiquiatra e a medicação como prioritário para a garantia de tratamento; focado na doença e não no sujeito, seguindo justamente aquele modelo hospitalocêntrico e o especialismo, que obstaculizam a criação de vínculo e o compartilhamento de responsabilidade entre as pessoas envolvidas neste cuidado (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Faz-se importante, portanto, colocar em análise constante estas relações e percepções para que a proposta teórica do matriciamento não se perca em meio aos desafios que confere aos profissionais de saúde, gestores e usuário a reformulação de práticas fragmentadas, hierarquizadas, por vezes centradas em procedimentos. Para Rodrigues e Moreira (2012) estes desafios passam por algumas questões, como: a) o exercício cotidiano de um trabalho conjunto e integrado, sendo assim necessário romper com a lógica de encaminhamento, pelo seu antagonismo ao indicativo do Matriciamento de corresponsabilização pelo cuidado; b) desfazer as expectativas de soluções prontas, uma vez que o matriciamento advoga pela construção conjunta de estratégias pertinentes a cada

situação, o que compelem a estas equipes conhecer a realidade de seu território; c) romper com ideias hierárquicas de saber/poder – que, normalmente, validam um conhecimento pela categoria da qual advém – para a construção de relações mais horizontalizadas; d) apreender que o Matriciamento em saúde mental não se sustenta na medicalização e na figura do psiquiatra ou do psicólogo, mas em um fazer interdisciplinar, em que a figura central é o sujeito, para o qual todas as ações devem convergir.

Mudanças ocorridas a partir da implantação do matriciamento em saúde mental

As equipes de referência conseguem perceber mudanças importantes para o setor saúde a partir da implantação do Matriciamento em saúde mental, como, por exemplo, um maior envolvimento da equipe da Atenção Básica no cuidado em saúde mental e a consequente melhoria deste cuidado para o usuário.

O matriciamento da saúde mental foi um ganho para o paciente, para a comunidade e para nós, porque eles não eram discutidos nas equipes. Mas não é uma linha reta, dá muitas voltas, fica estável, depois desestabiliza. Na minha área tem um senhor e sua irmã com transtorno, ele era diabético e tomava cinco litros de refrigerante por dia, a diabete dava 400, 500. Ele era resistente, mas aos poucos aceitou a gente e a comunidade. Antes os meninos da rua jogavam pedra nele e pegava o dinheiro dele. A gente junto conseguiu acompanhar e as pessoas passaram a ter um respeito maior por ele. Não teve 100%, mas melhorou bastante. Tem outra paciente com transtorno, muito difícil, que gosta de juntar lixo, comer lixo e levar para dentro de casa. A gente conseguiu tratar da saúde dela, junto com a comunidade. Ela toma o remédio de pressão. A gente conseguiu melhorar as condições de vida e a higiene dela. Água filtrada não tinha e nestes contatos a gente conseguiu colocar um filtro lá. Uma coisa boa também que a gente conseguiu foi o vínculo com a irmã dela, que viu que a gente pode ajudar, houve uma aproximação. Os vizinhos já conseguem interagir um pouco. Ela também fumava muito. Aí ela começou a participar do grupo de tabagismo com um médico que trabalhava aqui. Ela não parou de fumar, a gente achava

muito difícil tirar isto dela, mas pelo menos ela vinha, conversava. Então assim, tem casos que a gente até passou a cuidar sozinho, mas tem casos muito bons também que o CAPS deu um apoio grande. Por exemplo, têm também aquelas casas onde a gente faz dose supervisionada de paciente que já tentaram suicídio, isto surgiu destas discussões do apoio matricial, se não fosse estas parcerias talvez a gente não tivesse pensado nisto (equipe de referência 3).

Importante perceber as transformações ocorridas na vida destas pessoas em sofrimento psíquico – antes excluídas das discussões da Atenção Básica – a partir de um trabalho interdisciplinar, voltado à integralidade do cuidado. Mesmo diante da complexidade das questões referentes à saúde, das instabilidades da vida, estas pessoas em sofrimento psíquico não deixaram de ser cuidadas neste caso, ao contrário, foi possível trabalhar a saúde destes sujeitos para além de suas questões mentais e para além da doença, de modo a operar por mudanças nas relações de vínculos e sociabilidade e pelo acesso a melhores condições de vida. Isto é Promoção à Saúde e desinstitucionalização do cuidado.

Tais conceitos se interconectam no campo da saúde mental. A Promoção à Saúde com sua proposta de articulação intersetorial é capaz de fomentar a desinstitucionalização, que por sua vez, em seu movimento de mudança no modo de perceber o sujeito, como corresponsável por sua vida, pode promover saúde, provocando aquelas transformações culturais, políticas, sociais, ideológicas e éticas no modo de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. Neste sentido, afirmamos o Matriciamento em saúde mental como uma importante estratégia da saúde coletiva na direção da promoção à saúde e da desinstitucionalização, por sua capacidade em abranger a Atenção Básica nas discussões e ações que circundam a Reforma Psiquiátrica.

Em outras palavras, o Matriciamento em sua proposta de transformação das relações entre sujeitos pode contribuir pela desinstitucionalização, a qual, como apregoa Torre e Amarante (2001), trabalha, necessariamente, com a produção de outro tipo de subjetividade, que permite a manifestação das diferenças, trazidas também pela pessoa que sofre mentalmente, sem qualquer restrição de sua expressão, o que remete a outra relação com as diferenças na sociedade como um todo. Para tanto, faz-se importante à construção de redes sociais e políticas intersetoriais e integradas, que ampliem as possibilidades e oportunidades destas pessoas em sofrimento psíquico estarem na vida como cidadãos de direito, pois para além do fechamento dos hospitais psiquiátricos, a promoção à saúde destas pessoas depende da construção de condições estruturais mínimas, como moradia, trabalho, lazer, cultura etc. (SOUZA; RIVERA, 2010).

“Essas pessoas precisam de atenção no sentido mais ampliado do termo” (SOUZA; RIVERA, 2010, p.131), pois como trazido por várias pesquisas epidemiológicas, a cronificação da pessoa em sofrimento psíquico vem justamente da limitada oferta de possibilidades de convivência social, por exemplo; não se trata de algo intrínseco à doença, como postulado pela psiquiatria tradicional, com isto, configura-se neste campo da saúde mental a necessidade de um trabalho de desmontagem e transformação na direção da invenção constante de outras realidades (DE LEONARDIS, 1987; LUSSI; PERREIRA; PERREIRA Jr, 2006).

Neste contexto de luta pela transformação da realidade destas pessoas que sofrem mentalmente, os profissionais de saúde têm um papel importante, já que normalmente a pessoa em sofrimento psíquico “não tem o mesmo poder de oposição que os outros grupos de excluídos, uma vez que todos os seus atos são circunscritos e interpretados como doença” (NICÁCIO, 2003, p.124). Faz-se necessário, portanto, o empenho destes profissionais - equipe de referência e equipe matricial – por desfazer aquela lógica excludente presente no contexto de vida destas pessoas em sofrimento psíquico, para que assim se possa alcançar aquela intenção de desinstitucionalização anunciada pela autora, envolvendo atores plurais, linguagens múltiplas, saberes diversos rumo a consolidação da promoção à saúde.

Outro entrevistado percebe ainda a implantação do Matriciamento em saúde mental no município como um importante oportunizador de melhorias no acesso e acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico pelo especialista em saúde mental.

Com o matriciamento facilitou o acompanhamento com o especialista, mas depende do paciente ir e a família acompanhar. Só tem avanço, só dá para fazer quando o paciente quer, procura, vem com a família. Aí a gente encaminha para o neurologista ou para o psiquiatra e eles vão ficando bom. Mas aí também a Unidade dá conta. Teve um paciente que entrou em uma depressão, uma síndrome do pânico terrível, não falava, não levantava a cabeça e nem nada, usava uns dez medicamentos. Ele começou a seguir com o psiquiatra do matriciamento e comigo, vindo certinho junto com a esposa, eu fazia as receitas, agora ele já está quase bom, já está conversando, brincando e quer voltar a trabalhar. Não precisou nem passar pela psicóloga, pela equipe, foi direto para o psiquiatra do CAPS e deu certo. Os pacientes conseguem as consultas mais rápido que antes. Melhorou a acessibilidade do paciente a rede (equipe de referência 5).

Este profissional da equipe de referência anuncia nesta fala a realização de um trabalho junto ao psiquiatra do matriciamento, o qual possibilitou, segundo ele, a melhoria do acesso a um saber especializado pela Atenção Básica e a ampliação da cobertura de tratamento destas pessoas em sofrimento psíquico pelo especialista, o que, certamente, se configura como um avanço importante para o setor. Contudo, o modelo assistencial em saúde mental, que se pretende transformar com a proposta do matriciamento, aparentemente mantém-se centrado na figura do médico e da medicação, o que pode limitar a abrangência de possibilidades de cuidado deste usuário e a criação de alternativas – possivelmente construídas no encontro produtivo entre profissionais de saúde e usuários – que garantam o cuidado também àqueles resistentes ao tratamento.

Há que se considerar que a adesão ao tratamento nem sempre é algo simples, como nos traz Chiaverini (2011) trata-se de um processo multifatorial, que diz também da relação entre quem cuida e quem é cuidado – que possuem conceitos explicativos diferentes para o sofrimento psíquico – o que envolve certa delicadeza neste processo comunicativo e perseverança nesta relação pelo cuidado para a produção de saúde. Tais questões devem ser analisadas e colocadas em discussão nestes encontros matriciais, caso contrário corre-se o risco de se atribuir toda a responsabilidade da não adesão ao usuário e, conseqüentemente, deixar de trabalhar as dificuldades que circundam esta situação de não adesão, desistindo assim daqueles que “não querem tratamento”.

Por fim, neste tópico que aborda as mudanças provocadas pelo matriciamento em saúde mental, vale destacar também que teve aquela equipe de referência que afirmou não conseguir visualizar qualquer transformação propiciada pelo Matriciamento. “Não vejo mudança, até porque acho que não funciona, por exemplo, às vezes o paciente é demandado de ser atendido no CAPS e depois ele volta para a psicóloga, no caso deveria voltar para a equipe, mas é para ela que volta e fica na mesma. Mesmo que um ambulatório” (equipe de referência 6).

Ainda é marcante a associação da saúde mental às categorias *psí*, como trazido nas duas últimas falas, o que certamente resulta em prejuízo a construção de um cuidado integral em saúde. Apesar de o entrevistado reconhecer a necessidade do caso “voltar para a equipe”, aparentemente, os próprios matriciadores continuam delegando a saúde mental à psicologia, contrariando aos preceitos do matriciamento de fazer valer a integração da saúde mental nas práticas cotidianas de todos os profissionais da Atenção Básica. Para além da atualização do plano discursivo em saúde mental, o Matriciamento deve contribuir também pela alteração da realidade de cuidado no plano prático, todavia o que se observa é mais a sobreposição da perspectiva de corresponsabilização e transferência de responsabilidades por meio de encaminhamentos e menos a substituição de uma lógica centrada na figura do especialista médico por um modo de operar baseado na clínica ampliada, que envolve atores, saberes e práticas diversas.

Dificuldades vivenciadas para a efetivação cotidiana do Matriciamento

As equipes de referência enumeram algumas dificuldades importantes à efetivação do Matriciamento, como, o descrédito à proposta por parte dos próprios matriciadores, como trazido no relato seguinte:

Fica difícil, você vê que às vezes o próprio profissional lá do CAPS não acredita no que fala. Por exemplo, outro dia tinha um paciente que não conseguia vir na Unidade, nós tínhamos que ir lá e aí as matriciadoras responderam: "o psiquiatra já falou 'tudo bem, eu vou, mas o que eu vou fazer lá? Se é um paciente tão grave, que nem sai de casa, o que a minha visita vai poder contribuir?"". É isto que as pessoas se questionam, "por que eu vou fazer isto, se não vai ter resultado?". Acho que fica ambíguo. As pessoas já têm medo, tem a questão de não ter muitos recursos no território para estes pacientes, e aí ouvem uma coisa dessas, aí que não vai querer mesmo fazer nada (equipe de referência 2).

Outro entrevistado percebe também certo descrédito por parte do psicólogo da Atenção Básica, que somado a escassez de encontros e discussões regulares da equipe de referência junto a equipe matricial e formação específica na temática para as equipes envolvidas, dificulta ainda mais a consolidação do matriciamento em saúde mental na rede de saúde do município. Nas palavras da equipe de referência:

Outro dia eu peguei uma paciente séria, fui conversar com a psicóloga e ela me disse: "ah não, se ela surtar a gente encaminha". Não dá para tentar fazer uma ação, interagir? A gente sozinha não tem pernas, porque a gente não tem apoio psicológico, não tem capacitação e a gente esbarra com tudo. A gente também quer ser acolhido, saber o que fazer, como me envolver, por exemplo, a gente espera uma reunião e está cada vez mais difícil. Agora é a cada dois meses. A gente precisa conversar com alguém para ter apoio. Fica meio solto, acaba que fica mesmo naquilo de só acompanhar a saúde dele (equipe de referência 3).

O Matriciamento para se efetivar naquilo que se propõe de compartilhamento de saberes e práticas rumo à ampliação do cuidado em saúde, deve se configurar

com o envolvimento de todos os atores da saúde, ainda mais daqueles profissionais psi – no caso das falas acima, profissional do CAPS, psiquiatra e psicólogo da Unidade de Saúde - que se mantêm como referência para a área. O descrédito destes possíveis parceiros, associada à deficiência de condições concretas de “capacitação” e “apoio” a estes profissionais que querem fazer pela saúde mental, tem resultado, normalmente, na retomada daquela lógica de encaminhamento ou em ações assistencialista e de tutela para com as pessoas em sofrimento psíquico.

Isto não significa que estes profissionais, que acabam por se desresponsabilizar pelo caso em um movimento de encaminhamento, ou que têm uma postura de infantilização para com a pessoa em sofrimento psíquico, não sejam movidos por boas intenções; a questão é que, muitas vezes, este é o único modo que se conhece de cuidar, principalmente diante da complexidade envolta no trabalho pela saúde mental.

Por tudo isto, valorizamos os processos formativos e o estabelecimento de vínculo e acolhimentos também entre os operadores do cuidado em saúde mental, para que ao compartilhar responsabilidades, saberes e práticas, o profissional da Atenção Básica possa ser valorizado em seu movimento cuidador e possa apreender que “acompanhar a saúde dele” não é pouco para a proposta da saúde mental, a qual não carrega qualquer perspectiva de cura destes usuários, mas a intenção de promover saúde a partir dos desejos singulares de cada uma destas pessoas em sofrimento psíquico.

Além disto, estes momentos de encontro acolhedor também podem contribuir para dar suporte e acolhimento ao profissional e reverter outras dificuldades que atravancam o Matriciamento, como a fragmentação presente nas Unidades, em que cada um fica absorvido pela atividade que deve realizar e “acaba que a equipe não se une, a não ser quando tem demanda, senão... fica mais nos mais críticos mesmo” (equipe de referência 2).

Há que se fortalecer as análises sobre os processos de trabalho como um todo, de modo a repensar estas fragmentações, bem como as condições de trabalho destes profissionais, a fim de fazer valer a integração definitiva da saúde mental no cotidiano das práticas de todos os profissionais de saúde. Vale problematizar, por exemplo, se realmente trata-se de falta de tempo, elevada demanda e número insuficiente de profissionais para operar o cuidado em saúde mental – como trazido por alguns entrevistados como obstáculo à realização do Matriciamento e conseqüentemente à atuação em saúde mental – ou diz da dissociação do Matriciamento de “planejamento e gestão eficazes do processo de trabalho na unidade e dos processos subjetivos inerentes ao trabalho em saúde”, que como trazido por Ballarin, Blanes e Ferigato (2012, p.775) tem acarretado em sobrecarga.

Essas análises são imprescindíveis, sob pena do próprio matriciamento se manter fragmentado. “É um problema a duplicidade de matriciamento, às vezes é um mesmo idoso com transtorno, que aí vem o CAPS e depois o apoio do CRAI para

discutir o mesmo caso, duas vezes”. Como nos traz Bertussi (2010) o Matriciamento deve justamente atuar na direção de “diminuir esta fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento” (p.112) para assim promover a integração das ações em saúde e não a compartimentalização do usuário em programas, serviços e setores. O trabalho matricial deve implicar na ampliação da “resolubilidade das ações em saúde, definindo responsabilidades de coordenação e instituindo espaços de diálogo, aprendizagem e cooperação entre profissionais de diferentes serviços” (p.112) para a promoção à saúde destas pessoas.

Propostas de consolidação do matriciamento no município pelas equipes de referência

Foi marcante entre os entrevistados a afirmativa da necessidade de intensificação dos momentos de integração entre equipes de referência e equipes matriciais, inclusive para garantir espaços de formação continuada em saúde mental aos profissionais envolvidos neste trabalho. Assim, a proposta destas equipes de referência se constitui na garantia da regularidade de encontros matriciais.

Acho que tem que voltar a ter pelo menos reunião mensal com cada equipe, mas com uma periodicidade certinha, porque na correria do dia a dia, a gente trabalha muito apagando incêndio e aí a gente acaba não chamando, porque um vê um caso, o outro não vê, um sabe, o outro não sabe, agora se você tiver aquele compromisso de discutir os casos, aí em toda reunião de equipe você vai tentar trazer um caso, vê o que está acontecendo para discutir. É importante isto para a gente se capacitar também, porque as pessoas segmentam estes pacientes, vê como um louco, não vê que o paciente tem outras doenças: diabetes, problema de estômago, só vê problema de saúde mental. Então tem que ter estes encontros direitinho, fazer algumas ações junto com a gente, acho que

se aquelas reuniões regionais voltassem seria bom também (equipe de referência 2).

São muitos os benefícios do encontro de múltiplos saberes, vivências, perspectivas variadas de mundo, saúde e sujeito para a ampliação do olhar de todos na direção de um cuidado integral à saúde. É possível apreender pela fala do entrevistado acima que os profissionais trabalham a partir da demanda que chega à Unidade, “apagando incêndio” e pouco a partir de um planejamento para a promoção à saúde e prevenção de doenças; neste sentido, o encontro matricial regular, como trazido pelo entrevistado, tem a possibilidade de reverter esta situação, criando compromisso de todos os profissionais com a proposta da saúde mental, o que resulta em benefício também ao usuário, que passa a ser acompanhado em sua saúde de modo longitudinal.

Vários autores têm discutido a importância destes espaços de encontro produtivo para o setor saúde como um todo, em sua possibilidade de ofertar continente para as dificuldades vivenciadas pelos profissionais nesta desafiadora tarefa de trabalhar pela promoção à saúde; de reforçar a solidariedade e o sentimento de responsabilidade de todos sobre o trabalho e de criar alternativas possíveis de mediação de conflitos internos às equipes (CHIAVERINI, 2011). Em relação a isto, Bertussi (2010) destaca que não se trata de pôr fim às disputas presentes no cotidiano do trabalho em saúde, mas de colocar estes conflitos em outro patamar, com maiores possibilidades de diálogo, negociação e revelação de dinâmicas instituidoras que se abrem a novas linhas de possibilidades em fazer saúde, “permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno do

processo de trabalho de cada equipe, mais comprometido com as necessidades de saúde individual e coletiva” (p.125).

Outros entrevistados se focaram na necessidade de capacitação para os profissionais da Atenção Básica e de ofertas de ações com a presença de equipe de referência e equipe matricial. O profissional da equipe de referência fala de fazer as ações do jeito que considera melhor, mas fica inseguro sem ter uma orientação e suporte de como fazer. Nas palavras de outros entrevistados:

Tem uma paciente que eu passeio com ela e vou ensinando, eu falo para não catar coisa do lixo. Ela gosta de fazer compras, eu falo para ela olhar a data de validade. E agora ela mesma, às vezes, me chama até para exposições de arte que tem ali. Então assim, é do meu jeito, mas sinto falta de capacitação (equipe de referência 3).

Eu gostaria que eles fizessem uma capacitação para a gente também conseguir medicar, já que eles não conseguem atender por ter paciente demais e poucas vagas. Hoje, por exemplo, eu fui fazer parte do protocolo de psiquiatria e neurologia e eles explicaram cada doença, o que era para encaminhar ou não, como medicar, quando não, aí é legal. Se eu não tiver condições, eu vou encaminhar ou ligar para ele: "eu estou com um paciente assim e assim, não sei, será que eu vou dar conta? Ou é melhor eu passar para você?" Precisava dar capacidade para a gente atender casos mais simples e mais fáceis, porque fica muito na pessoa, por exemplo, o trabalho acontece porque eu me disponibilizo a este trabalho com a saúde mental, mas se não tiver ninguém que se disponibiliza não acontece (equipe de referência 4).

Seria legal a gente estar montando junto com o apoio uma oferta para estas pessoas da saúde mental. Este apoio seria para nos ensinar como a gente poderia estar fazendo, porque a gente não sabe nem por onde começar. A gente trabalha isolado. Talvez trabalhar com ações mais preventivas e de promoção e não só curativa (equipe de referência 6).

Outra proposta trazida pela equipe de referência relaciona-se a maior presença do profissional psiquiatra no Matriciamento à Atenção Básica, tendo em vista as dúvidas relativas à medicação, trazidas com frequência pelo médico de família. “Ele (psiquiatra) precisa estar mais junto, atender com a gente, tirar as dúvidas de

medicação, para a gente evoluir também no tratamento aqui. Às vezes a gente até quer, mas fica travado” (equipe de referência 5).

Vale ressaltar que teve também aquele entrevistado que não trouxe proposta para a melhoria deste trabalho de Matriciamento, sob a justificativa de que “está bom do jeito que está, o médico está lá no CAPS, se você tem um caso, você manda o paciente ir lá, faz o atendimento, se achar que tem indicação para permanecer no CAPS, permanece, se não volta para a psicóloga aqui” (equipe de referência 1).

Importante destacar nestas propostas que apesar das diferenças de expectativas por parte de cada um dos entrevistados, todos trazem a seu modo – dentro das especificidades de seu núcleo de saber – uma intenção de cuidar, mesmo aquele que inicialmente afirmou não ter qualquer perspectiva em relação ao Matriciamento.

Entendemos que esta intencionalidade de cuidar deve ser aproveitada a favor das mudanças que queremos com a proposta matricial, assim como esta busca por competências deve ser vislumbrada como uma possibilidade de fomentar um trabalho sustentado na perspectiva da clínica ampliada, uma vez que neste processo estes profissionais podem acabar por reconhecer que “não há autossuficiência de saberes no campo da saúde”, “despertar o interesse em aprender algo novo/diferente”, reconhecer os “saberes em outros”, reconhecer que “o suposto “sabido” pode não saber” e construir as habilidades que se quer na produção de redes conectadas e solidárias (OLIVEIRA, 2011, p.112)

Algumas considerações

O Matriciamento em saúde mental, apesar da defesa de sua possibilidade em fazer valer a Promoção à Saúde e a Desinstitucionalização do cuidado, ainda tem muito caminho a percorrer junto aos profissionais envolvidos neste trabalho para a superação dos tantos obstáculos, inclusive culturais, que insistem em centralizar o poder no especialista e na medicação para o cuidado em saúde mental.

As equipes de referência da Atenção Básica demonstram pouca clareza de seu papel nesta proposta matricial de fortalecimento da interdisciplinaridade, intersetorialidade e da própria clínica para efetivação das propostas de promoção à saúde e desinstitucionalização. Aparentemente, as equipes de referência esperam que o outro leve à Atenção Básica o que ela precisa para seu fortalecimento, ao invés de procederem com uma prática pró ativa de análise das necessidades de seu território e ação conjunta e em rede na produção de saúde para estas pessoas em sofrimento psíquico.

Neste contexto, existem equipes de referência que fazem um trabalho importante junto às equipes matricial na direção da integralidade da atenção em saúde mental, mobilizando a comunidade de modo geral pela mudança no modo de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico, no sentido de cuidar de cada sujeito em sua existência e em relação às suas condições concretas de vida; contudo, isto parece estar ligado ainda a disposição quase que pessoal do profissional em

operar mudanças pela saúde mental das pessoas, não que esta disponibilidade pessoal não seja importante, mas entendemos que seja necessário mais que isto.

A consolidação das desafiadoras metas trazidas pelo Matriciamento para a saúde das pessoas em sofrimento psíquico depende também de políticas municipais afirmativas que provoquem todas as equipes da Atenção Básica a trabalharem voltadas à construção conjunta de possibilidades favoráveis à promoção à saúde. Defendemos a força destas ações, pelo entendimento de que a subjetividade e a cultura das instituições podem ser mudadas por meio da ação humana sobre aqueles obstáculos descritos acima (CAMPOS, 1999).

Assim, como trazido por Dimenstein et.al. (2009) faz-se imprescindível discussões constantes e reiteradas, com todos os envolvidos, a respeito desta proposta matricial, que requer o empenho de tantos atores em sua elaboração e execução, bem como a negociação e pactuação das responsabilidades dos envolvidos, para que o Matriciamento em saúde mental se efetive em toda sua potencialidade.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

BALLARIN, M. L. G. S.; BLANES, L. de S.; FERIGATO, S. H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface**, Botucatu, v.16, n.42, p. 767-778, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BERTUSSI, D. C. **O Apoio Matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.30, n.3, p. 634-649, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, 2010.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DE LEONARDIS, O. Decostruzione, innovazione: strategie cognitive della deistituzionalizzazione. In: **La pratica terapeutica tra modello clinico e riproduzione sociale**. Pistoia: Cooperativa Centro Documentazione Editrice, 1987. p. 248-58.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em Saúde Mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

DOMITTI, A. C. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado matricial na Atenção Básica de Saúde**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. **Uma análise do apoio matricial em saúde mental a partir do olhar dos matriciadores**. Vitória, [2015a?]. (Em fase de publicação).

_____. **A perspectiva da gestão sobre o apoio matricial em saúde mental**. Vitória, [2015b?]. (Em fase de publicação).

LOPES, T. D. **O como se faz, faz toda a diferença!** 2009. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Planejamento e administração de serviços de saúde) - Universidade Estadual de Campinas, Fundação de Desenvolvimento Administrativo, Campinas, 2009.

LUSI, I.A.O., PEREIRA M.A.O.; PEREIRA Jr, A. A Proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, p. 448-456, 2006.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, G.N. de. **Devir Apoiador**: Uma Cartografia da Função Apoio. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

RODRIGUES, E. da S; MOREIRA, M.I.B. A interlocução da saúde mental com Atenção Básica no município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21. n.3, p.599-611, 2012.

ROMANHOLI, A. C. **Na corda bamba**: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Atenção Primária. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.4, n.1, p.105-14, 2010.

SOUZA, A.C. **Em tempos de PSF**: novos rumos para atenção em Saúde Mental? 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

TENÓRIO, G. O Apoio Matricial: obstáculos e potencialidades nas práticas em construção. **Rede Humaniza SUS**. 2009. Disponível em <<http://redehumanizasus.net/7077-o-apoio-matricial-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao>>. Acesso em 28 fev. 2015.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

VIEIRA FILHO, N.G.; ROSA, M.D.; VIDAL, T.C.M. Intervenções em rede: a prática de apoio matricial entre saúde mental e Atenção Básica-Estratégia Saúde da Família. In: Simpósio de Práticas Psicológicas em Instituição, 8, 2008. **Anais do VIII Simpósio de Práticas Psicológicas em Instituição**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

4.8 ESTUDO 8¹⁵

MATRICIAMENTO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS PRÁTICAS E CONCEPÇÕES TRAZIDAS POR EQUIPES DE REFERÊNCIA, EQUIPES MATRICIAIS E GESTORES

Resumo: Objetivou-se neste estudo analisar o matriciamento em saúde mental operante em um município do sudeste brasileiro, por meio de análise comparativa das similaridades e diferenças relativas às práticas e concepções trazidas pelas equipes de referência, equipes matriciais e gestores a respeito da temática. Para tanto foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 35 participantes, dentre eles 11 gestores, 6 profissionais de equipes de referência das Unidades de Saúde e 18 profissionais de equipes matriciais dos CAPS e 110 horas de observações das práticas matriciais com registros em diário de campo. A partir das informações trazidas pelos participantes destacaram-se dois grupos de entendimentos sobre Matriciamento que se complementam: Matriciamento como possibilidade de encontro entre equipes de saúde favorável ao trabalho interdisciplinar e à maior circulação das pessoas em sofrimento psíquico pelos espaços da cidade e Matriciamento como estratégia de formação em serviço. Tais concepções foram discutidas juntamente aos dados trazidos das observações do cotidiano desta prática. A partir daí foi possível apreender a necessidade de criação, sistematização e fortalecimento de espaços de diálogo entre equipes de

¹⁵ Este estudo será submetido à avaliação da Revista ciência e Saúde Coletiva.

referência, equipes matriciais e gestores, para que a consolidação do Matriciamento aconteça.

Palavras-Chaves: Apoio matricial, Saúde Mental, Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial, Gestão em Saúde, equipes de referência, equipes matriciais.

MATRIX SUPPORT: A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PRACTICES AND CONCEPTS BROUGHT BY REFERENCE TEAMS, MATRIX TEAMS AND MANAGERS

Abstract: The aim of this study is to analyze the mental health Matrix Support in a city in southeastern Brazil, through comparative analysis of the similarities and differences concerning the practices and concepts introduced by reference teams, matrix teams and managers about the issue. For both semi-structured interviews were conducted with 35 participants, including 11 managers, six professional reference of the Health Units and 18 professional matrix teams of CAPS and 110 hours of observations of matrix practices with records on diary. From the information brought by the participants highlights were two groups of understandings of matrix support that complement each other: the support as the possibility of meeting between health teams conducive to interdisciplinary work and the largest movement of people in psychological distress by spaces in the city and the support as a strategy in-service training. Such concepts were discussed together brought to data from daily observation of this practice. From there it was

possible to grasp the need for the creation, organization and strengthening of dialogue between reference teams, matrix teams and managers so that the consolidation of the matrix support happen.

Keywords: Matrix support, Mental Health, Primary Health Care, Psychosocial Care Centers, Health Management, reference teams, matrix teams.

Introdução

Vários autores vêm estudando e destacando a necessidade de integração da saúde mental no cotidiano das práticas da Atenção Básica para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde (LANCETTI, 2001; SOUZA, 2004; TANAKA e LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; ONOCKO-CAMPOS et. al, 2011).

Neste contexto, o Matriciamento em saúde mental surgiu como uma importante estratégia para fazer valer tal articulação, de modo a garantir um cuidado ampliado à saúde por meio da interação dialógica entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde. Assim, o matriciamento em saúde mental se afirma como recurso de construção de novas práticas em saúde mental também junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, pela sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes da Atenção Básica e equipes de saúde mental.

Contudo, a efetivação desta prática enfrenta desafios importantes, por todas as transformações que a sua consolidação implica: mudanças nas relações de trabalho – historicamente hierarquizadas; mudança na lógica presente no cuidado fragmentado em saúde; mudança na formação em saúde – que ainda mantém-se centrada na perspectiva biomédica; mudança no modo de praticar saúde – que transcende o setor saúde.

Isto significa que a concretização do Matriciamento em saúde mental em toda sua potencialidade depende do empenho, disponibilidade e mudanças por parte de todos os envolvidos. Requer do profissional de saúde certa abertura para o desenvolvimento de novas competências para trabalhar de modo mais flexível com outras concepções de mundo, saúde e sujeito, diferente, por vezes, dos seus próprios pressupostos. Implica uma negociação entre estes diversos saberes para a construção de diretrizes sanitárias pertinentes àquele contexto (HIRDES; SILVA, 2014).

Neste sentido questionamos: até que ponto se tem conseguido efetivar o Matriciamento em saúde mental e quais as possibilidades concretas de consolidação desta prática em toda sua potencialidade? A partir de tais problematizações buscamos analisar neste estudo o matriciamento em saúde mental operante em um município do sudeste brasileiro, por meio de uma análise comparativa das similaridades e diferenças relativas às práticas e concepções trazidas pelas equipes de referência, equipes matriciais e gestores a respeito da temática.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em um município do sudeste brasileiro, o qual desde 2007 conta com equipes ampliadas em suas Unidades de Saúde, compostas por assistente social, educador físico, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra e psicólogo, além dos profissionais previstos pelo Ministério da Saúde para composição mínima da equipe de Atenção Básica, incluindo equipe de saúde bucal. Em relação à saúde mental, o Matriciamento é realizado pelos três CAPS (CAPS II, CAPS álcool e drogas e CAPS infanto-juvenil) juntamente às 30 Unidades de Saúde existentes no município.

Para este estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 35 participantes, dentre eles três diretores de CAPS, seis gerentes de Unidades de Saúde, dois coordenadores municipais da área técnica de saúde mental (o coordenador atual e o coordenador da época da implantação do matriciamento no município), seis profissionais de equipes de referência das Unidades de Saúde e 18 profissionais de equipes matriciais dos CAPS. Ao apresentar algumas falas decorrentes destas entrevistas no tópico “Resultados e discussão” optamos por não especificar as falas por profissional, mas apresentar como um relato do grupo equipe de referência, do grupo equipe matricial e do grupo gestores.

Além das entrevistas, realizamos observação dos encontros entre equipes de referência e equipes matriciais em Unidades de Saúde de regiões diferentes, que não necessariamente coincidiam com as Unidades de Saúde onde realizamos as entrevistas; com isto tinha-se a pretensão de vivenciar o cotidiano desta prática. Ao todo foram 36 dias de observação, o que significou 110 horas de participação nestes encontros. A intenção inicial era participar das reuniões regionais, que contemplavam a presença das equipes de referência, das equipes matriciais e da gestão, incluindo a coordenação municipal de saúde mental; no entanto, em 2013, ano de início desta pesquisa de campo, tais reuniões foram extintas, o que nos levou a optar pela participação nos encontros matriciais que ocorriam nas Unidades de Saúde entre profissionais da Atenção Básica e dos CAPS que trabalhavam na lógica matricial.

A partir de informações dos matriciadores a respeito de agendamento de algum encontro matricial, após consentimento dos envolvidos, participávamos como pesquisadoras utilizando-se de roteiro (APÊNDICE E), com questões referentes ao modo como os atores presentes se relacionam e como o matriciamento acontece em ato. Por meio dessas observações foi possível apreender também os conteúdos e as deliberações enunciadas a partir de tais encontros que de algum modo contribuem ou não para efetivação da Promoção à Saúde e desinstitucionalização do cuidado. Todas as informações e impressões da pesquisadora foram registradas em diário de campo, que juntamente às transcrições das entrevistas realizadas, compuseram esta análise sobre o matriciamento em saúde mental operante no município.

Tanto as entrevistas quanto as observações foram realizadas após consentimento dos participantes, da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

A partir das informações trazidas pelos gestores, matriciadores e equipes de referência traçamos um paralelo na tentativa de apreender as similaridades e diferenças entre as percepções, trazidas por estes atores a respeito do Matriciamento em saúde mental operante no município, para em seguida relacioná-las aos dados provenientes das observações de campo. Neste processo de comparação das concepções trazidas por gestores, matriciadores e equipes de referência destacaram-se nas entrevistas as similaridades de entendimentos destes grupos a respeito do matriciamento em saúde mental, as diferenças compareceram na contraposição de tais percepções com os registros dos diários de campo. Desta forma, discutimos a seguir os dois principais grupos de entendimentos apresentados em contraposição aos dados provenientes das observações do cotidiano desta prática: Matriciamento como possibilidade de encontro entre equipes de saúde favorável ao trabalho interdisciplinar e à maior circulação das pessoas em sofrimento psíquico pelos espaços da cidade e Matriciamento como estratégia de formação em serviço.

Matriciamento como possibilidade de encontro produtivo entre equipes de saúde favorável ao trabalho interdisciplinar e à maior circulação das pessoas em sofrimento psíquico pelos espaços da cidade

Entre os três grupos de entrevistados foi marcante a associação do Matriciamento à possibilidade de garantia de encontro produtivo entre equipes da Atenção Básica e equipes dos CAPS com vistas à ampliação do cuidado em saúde mental ser realizado por ambas. Neste sentido, foi trazido nas entrevistas a possibilidade desta estratégia de trabalho fomentar a “integralidade, reabilitação psicossocial, co-responsabilidade do serviço com o cuidado”.

A partir desta concepção de matriciamento, gestores e matriciadores afirmaram que houve melhoria no diálogo, inclusive sobre os medos que alguns profissionais sentem em lidar com pessoas em sofrimento psíquico.

Tais concepções a respeito do matriciamento têm sido teoricamente defendidas por vários autores que tratam deste assunto (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN et. al.; 2009; BERTUSSI, 2010; MORAIS; TANAKA, 2012; MINOZZO; COSTA, 2013). Segundo Bertussi (2010) o Matriciamento traz esta função de criação de espaços de encontros favoráveis ao diálogo e à pactuação, no caso da saúde mental, principalmente com vistas à ampliação das possibilidades de promoção de um cuidado integral à pessoa em

sofrimento psíquico por meio do envolvimento de vários serviços, setores e atores na empreitada da desinstitucionalização e promoção à saúde.

Contudo, a partir das observações realizadas no cotidiano das práticas de matriciamento, o que se pôde perceber foi a predominância de uma aspereza nas relações entre os profissionais envolvidos neste trabalho, tal aspecto faz com que estes encontros, neste tempo e espaço, ainda necessitem ser trabalhado com envolvimento e implicação também dos gestores. Destacamos a maior inclusão dos gestores neste processo pelo fato de ter sido possível apreender, tanto pelas informações trazidas pelas entrevistas, quanto naquelas provenientes das observações, certo distanciamento, principalmente da gestão em relação a esta prática, como se o matriciamento fosse unicamente responsabilidade dos matriciadores dos CAPS e necessário apenas às equipes da Atenção Básica.

Isto aponta certa confiança por parte da gestão nos matriciadores dos CAPS em trabalhar pelas propostas do Matriciamento, mas também certa desimplicação e desconhecimento das responsabilidades dos gestores com esta proposta matricial, principalmente considerando que foram extintos os espaços de encontros entre matriciadores, gestores e equipes de referência existentes neste município, chamados de reuniões regionais, unanimemente destacadas pelos entrevistados como importante espaço para a consolidação do Matriciamento em suas necessidades de mudança de realidades. Restaram os encontros entre as equipes matriciais e equipes de referência que ocorrem nos espaços das Unidades, geralmente para a discussão de caso, que certamente tem seu valor e

importância, mas não contempla a participação dos gestores para algumas deliberações necessárias relativas ao processo matricial.

Vale destacar que apenas em um único encontro de quatro horas – das 110 horas de observação realizada – o diretor de um dos CAPS e o diretor de uma Unidade estiveram presentes para mediar uma tensão existente entre equipe da Atenção Básica e equipe matricial do CAPS. Neste momento o diretor do CAPS proferiu uma palestra para falar de suas experiências bem sucedidas neste trabalho interdisciplinar.

Neste caso a tensão em si não foi para a roda de discussão, prevaleceram nos encontros subsequentes reuniões burocráticas de encaminhamentos dos casos e encaminhamentos das situações. Mantinha-se claramente o distanciamento entre as duas equipes envolvidas no trabalho, chegando ao ponto de alguns profissionais sentarem fora da roda de discussão e quando solicitados a se aproximarem, um daqueles trabalhadores afirmar que não integraria a discussão por considerar repetitiva e desnecessária, acrescentando que não entendia porque os manicômios deixaram de existir, “era só humanizar mais”. Apesar dos incômodos gerados por esta fala, inclusive apontados depois por vários profissionais nos corredores dos serviços, estas divergências, mais uma vez não foram discutidas e geraram um espaçamento ainda maior entre uma reunião e outra, ao invés de uma intensificação dos encontros produtivos que permitissem trabalhar estas divergências de concepção tão caras a Reforma Psiquiátrica.

Como nos trazem autores nacionais e internacionais (NICÁCIO, 2003; PATEL et al, 2010; MINOLETTI, 2012; HIRDES; SILVA, 2014), que tratam da descentralização da atenção em saúde mental e desestigmatização do sofrimento psíquico, a consolidação das propostas trazidas pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica – que sustentam o matriciamento – requerem para sua consolidação a garantia da sistematicidade e continuidade de encontros entre a saúde mental e a Atenção Básica, os quais abram espaço para a crítica, para o confronto de ideias, para o questionamento das realidades produzidas, a fim de evitar qualquer cristalização do processo e assim ampliar as transformações necessárias da realidade em questão.

Faz-se importante ressaltar que a intenção com estes encontros não é de pôr fim as disputas, conflitos e tensões existentes nestas relações, mas de colocá-los em outro patamar que possibilite, justamente, diálogos abertos à negociação e a instituição de outros modos destes atores se relacionarem, outras possibilidades de organização da gestão do cuidado em saúde, outros processos de trabalho implicados com a vida individual e coletiva da população como um todo (BERTUSSI, 2010).

Vale destacar ainda que foi possível observar encontros matriciais em que mesmo estando presentes profissionais de serviços e setores diferentes – o que em tese marcaria um encontro interdisciplinar e intersetorial – se mantinha uma lógica automatizada de apresentação do caso e encaminhamento. Apesar das críticas presentes nas entrevistas a respeito da centralidade do modelo biomédico, na

prática, as discussões nestas reuniões são focadas na doença, na figura do psicólogo e do psiquiatra e na medicação. Assim, o conteúdo e as deliberações enunciadas nestes encontros se direcionavam, quase que exclusivamente, ao cumprimento de procedimentos, o que limitava as possibilidades de construções voltadas a Promoção à Saúde e a desinstitucionalização.

Outra situação que chamou atenção e mobilizou Unidade de Saúde e CAPS foi o caso de um senhor em ideação suicida e uso prejudicial de álcool que acabou vindo a óbito por complicações no seu estado geral de saúde. Apesar das diferenças de entendimentos entre gestores, matriciadores e equipes de referência a respeito da condução do caso, estas questões não foram colocadas em discussão, ao contrário um ficou atribuindo ao outro a responsabilidade por possíveis equívocos nesta condução.

Para o gestor o caso foi mal sucedido, porque os matriciadores de dois CAPS não conseguiram se integrar para garantir a regularidade de acompanhamento pelos dois serviços ao usuário e assegurar que a Unidade mantivesse visitas domiciliares sistemáticas e atendimento médico para revisão do quadro clínico da pessoa em questão. A equipe de referência da Atenção Básica, por sua vez, também percebeu o caso como sendo mal sucedido por entender que a equipe matricial deveria ter inserido o usuário em atenção diária no CAPS e a gestão deveria se posicionar com critérios claros a respeito da atenção em saúde mental. A equipe matriciadora, por fim, analisou o caso como bem sucedido por considerar que foi possível envolver muitas pessoas neste cuidado ao usuário,

mesmo que depois ele tenha vindo a óbito por complicações no seu quadro geral de saúde. De qualquer modo acrescentou que talvez a Atenção Básica pudesse ter se empenhado mais no acompanhamento do caso.

Como nos diz Campos (2012) ao discutir as diferenças de opiniões sobre uma mesma situação: quem estaria com a “verdade”? A partir da contraposição das informações trazidas das entrevistas com os dados das observações pode-se dizer que a “verdade” está nestes três relatos; os CAPS precisam se integrar mais, como trazido por um matriciador, por vezes, estes serviços não se entendem para a construção de um cuidado compartilhado “não, esse caso é de transtorno, o transtorno vem primeiro e o álcool depois”.

Por outro lado, a Atenção Básica necessita também de se apropriar mais deste cuidado à pessoa em sofrimento psíquico – que pode ter algumas complicações clínicas, por exemplo, em decorrência até do uso contínuo de psicofármacos. É preciso que os profissionais da Atenção Básica saiam da condição que afirma que só age quando demandado a fazer, “a gente tem que se apropriar mais, se envolver nisto, dá um cuidado diferenciado para estas pessoas que precisam mais”. A gestão, por sua vez, precisa também se colocar neste trabalho, pontuar de modo claro as expectativas institucionais com esta proposta – tanto não está claro que a maioria dos entrevistados desconhece o objetivo do município com o matriciamento e sua história de implantação – e voltar a acompanhar sistematicamente este processo, que traz tantas lutas em prol da horizontalização das relações.

De modo algum consideramos que existem responsáveis únicos por cada uma das ações pontuadas acima como necessárias à consolidação do matriciamento, como se, ao fazerem a sua parte, todos os problemas estivessem resolvidos. Mas certamente estes atores têm suas contribuições e responsabilidades para a construção de um Matriciamento em saúde mental mais efetivo e eficaz.

Assim, pode se dizer que todas aquelas perspectivas eram parcialmente “verdadeiras”. Contudo, o que não há no momento é o encontro produtivo destes pontos de vistas para a construção conjunta das transformações necessárias a este contexto. Desta forma, corroboramos a afirmativa de Campos (2012) sobre a importância da consolidação de espaço coletivo, que implique em “análise, discussão, interpretação, deliberação, contrato conjunto e definição de tarefa” (p.157), para que esta diferença de percepção não “vire guerra civil, porque, se virar guerra civil” (p.157) é o sistema único de saúde quem perde. O autor destaca estes espaços dialógicos como capazes de construir uma compreensão complexa das situações, acrescentamos ainda a sua capacidade de clarificar as responsabilidades de cada um neste processo, que possivelmente assim terá força para diminuir as asperezas das relações e conseqüentemente viabilizar a proposta do SUS e a perspectiva de integração do Matriciamento.

Estas situações marcam o desafio de se consolidar a interdisciplinaridade trazida neste entendimento a respeito do matriciamento. Certamente a permanência de encontros, mesmo que ainda não exatamente marcados por relações de troca e

efetiva parceria entre gestores, matriciadores e equipes de referência, tem sua importância no processo de integração da saúde mental às práticas da Atenção Básica. Todavia, faz-se necessário avançar, como dito, para que estes encontros proporcionados pelo Matriciamento exerçam sua função no sentido de invenção de sujeitos mais críticos, participativos e autônomos, que possam contribuir pela consolidação da Promoção à Saúde e da desinstitucionalização do cuidado.

É inegável a ampliação do cuidado em saúde mental por parte dos serviços de Atenção Básica. Assim como a redução dos medos em lidar com a pessoa em sofrimento psíquico e a maior aproximação dos CAPS com as Unidades de Saúde deste município. No entanto, todo este movimento está ainda fortemente ligado à disponibilidade pessoal de alguns profissionais em aprofundar as possibilidades do matriciamento e à iniciativa de alguns psicólogos de assumir para si a saúde mental e tocar este trabalho dentro da Unidade de Saúde. Certamente a disponibilidade dos profissionais é de extrema importância para aquela abertura pretendida na direção da incorporação das propostas da saúde mental no cotidiano das práticas da Atenção Básica.

Todavia, alguns investimentos institucionais são necessários para que não aconteça, como aconteceu em algumas Unidades deste município, que após o fim do acompanhamento sistemático da gestão a este trabalho, o matriciamento dos CAPS a algumas Unidades deixou de acontecer, sob a justificativa da Unidade de que seus profissionais não tinham interesse por essa proposta matricial. O acompanhamento da gestão a esse trabalho de matriciamento acontecia por meio

de reuniões mensais com matriciadores e equipes de referência, supervisão com profissional contratado pela prefeitura e presença constante nas reuniões dos CAPS e Unidades de Saúde.

Neste contexto, em grande parte, se mantiveram em toda sua potencialidade o matriciamento naquelas Unidades em que no período de maior pujança do Matriciamento em saúde mental conseguiu-se afirmar o cuidado em saúde mental como parte do trabalho da Atenção Básica, já que está previsto na Política da Atenção Básica o compromisso deste nível de atenção com toda a população adscrita.

Nestes casos, a pesquisadora pôde acompanhar encontros matriciais favoráveis à Promoção à Saúde e a desinstitucionalização, reconhecidos inclusive pelos envolvidos como conquista de uma prática diferenciada em saúde. A partir da integração matricial e construção compartilhada de projeto terapêutico singular (PTS) foi possível promover uma maior circulação pelo território de pessoas que antes não eram percebidas como parte daquela comunidade. Merece destaque o caso de um jovem em uso prejudicial de drogas que, a articulação matricial entre Unidade de Saúde, CAPS, CRAS e o próprio usuário, possibilitou a construção de um projeto terapêutico singular que fez com que ele circulasse no território e pudesse ser visto de outra forma. O processo de acompanhamento e cuidado desta pessoa acabou por incentivá-lo a se inserir em curso profissionalizante na área de panificação e ser reconhecido pela comunidade por suas habilidades na

cozinha. Este jovem voltou a estudar e retomou seu emprego, continua a fazer o uso de drogas, porém, as pessoas não o veem como um “drogado”.

Isto é promoção à saúde, a afirmação do sujeito como corresponsável por sua vida, capaz de junto a outros atores sociais, inventar outros modos, outras posturas e outras formas de estar no mundo. Isto também é desinstitucionalização do cuidado, na medida em que avança no sentido de mudança no modo da comunidade acolher e enxergar esta pessoa em sofrimento.

Matriciamento como estratégia de formação em serviço

Foi marcante também a associação por parte dos gestores, matriciadores e equipes de referência a ideia de que contribui para o Matriciamento a possibilidade de formação em serviço. Tal concepção está ligada à conceituação trazida por Campos e Domitti (2007), que anunciam a função de suporte técnico-pedagógico do matriciamento às equipes que prestam atenção aos problemas de saúde da população.

A partir daí vale problematizar de que formação está se tratando: uma formação bancária, antidialógica, marcada por transmissão de informação? Ou uma formação voltada à construção conjunta, respaldada na troca para a promoção de autonomia? Este modo de entender e operar o processo formativo em saúde por meio do Matriciamento tem grande importância na relação que irá se constituir

entre os atores envolvidos neste trabalho e assim influir na efetivação do matriciamento em toda sua potencialidade.

Os entrevistados afirmaram o Matriciamento como uma possibilidade de formação voltada à troca, inclusive um matriciador fala em entrevista da perspectiva de alternância de papéis entre equipe de referência e equipe matricial, uma vez que entende que todos ensinam e aprendem nesta relação matricial.

Estas informações contrastam em certo ponto os dados provenientes dos diários de campo, uma vez que prevaleceu em ato uma relação formativa em que o matriciador transmite o que deve ser feito pela equipe de referência, ou quando considera que o caso tem indicação para o CAPS o encaminha para aquele serviço, inclusive é isto que na maioria das vezes esperam as equipes de referência também. Os casos a serem discutidos geralmente são aqueles que já estão em um estado bastante agravado ou que a equipe da Atenção Básica já está em uma situação limite na relação com o usuário, assim a situação é ali encaminhada e comumente não se retoma o caso para aprofundamento da discussão, o que significa que fica quase sempre no execute a partir do que foi dito.

Esta situação se reverteu, de acordo com que foi possível observar, quando os matriciadores e as equipes de referência conseguiram pensar a implantação de um grupo na Unidade e/ou ainda atendimentos e visitas compartilhadas, nestes

casos foram possíveis perceber uma troca maior entre as duas equipes, em um processo formativo dialógico.

Na primeira realidade geralmente se estrutura relações marcadamente verticalizadas, inclusive tal percepção é trazida também por gestores, matriciadores e equipes de referência, como se apenas a Atenção Básica tivesse algo a aprender e os matriciadores a ensinar. Neste sentido, é possível deixarem escapar momentos importantes de vinculação e discussões envoltas ao cuidado em saúde mental, por entenderem que a função do matriciamento se limita a transmissão de informação. Tal situação foi percebida, por exemplo, em uma reunião em que uma médica de família falava sobre sua angústia diante do pouco tempo para atender uma pessoa em intenso sofrimento psíquico, diretamente vinculada a ela. Na fala da médica: “Assim fica difícil, a gente tem que lutar para fazer Estratégia de Saúde da Família, porque se não luta a gente fica fingindo que está atendendo”.

Nesta situação, a equipe matricial presente nesta reunião solicitou que voltassem para a discussão de caso, perdendo a oportunidade de construir uma efetiva parceria e vínculo com aquela equipe. Aparentemente esta equipe matricial não percebeu esta discussão como pertinente a função matricial, como se sua tarefa fosse apenas discutir caso. Desta forma, a situação-problema trazida não foi agarrada como uma possibilidade de efetiva problematização para a construção de relações de maior entrosamento destas equipes e de alternativas viáveis de resolução da situação (OLIVEIRA, 2008). No caso da problemática trazida pela

médica de família: será que esta agenda é tão rígida que não caiba negociação com a gestão da Unidade, por exemplo?

Por outro lado, por vezes, também foi possível observar equipes de referência em posição de interpretar todas as atitudes da equipe matricial como falta de disponibilidade, seja quando a equipe matricial solicitava um aprofundamento de discussão sobre um determinado caso, seja em sua ação de impedimento de livre fluxo ao especialista, que se apresenta como uma função do matriciamento para a construção de um cuidado integral em saúde.

Neste contexto, não foi possível observar efetivamente aquela possibilidade de alternância de papéis entre equipes de referência e matriciadores, conforme anunciado acima por um matriciador; as funções em grande parte se mantiveram rígidas: o especialista / matriciador – que tem o conhecimento em saúde mental – deve dar as instruções e a equipe de referência – desprovida deste conhecimento específico – assimilar este treinamento.

Diante destas discussões, faz-se indispensável encarar este processo formativo e o diálogo sobre os pressupostos do Matriciamento e seus objetivos como uma necessidade de aprofundamento por todos os envolvidos neste trabalho, uma vez que apesar de gestores, matriciadores e equipes de referências trazerem em algumas entrevistas conceituações próximas ao que teoricamente tem sido discutido sobre matriciamento, em ato é possível observar ainda práticas na contramão à complexidade da proposta matricial, ou ainda, por exemplo, a

subutilização dos recursos matriciais – geralmente restritos à discussão superficial de caso; equipes de referência fixas na ideia de encaminhamento – naquele sentido mesmo de desresponsabilização; gestores que desconhecem as pretensões do Matriciamento; matriciadores com insuficiente identificação com a proposta, desconhecimento do que seja matriciamento e pouco manejo das tecnologias relacionais – que devem permear este processo de trabalho.

A discussão de caso aparece neste município, muitas vezes, como sinônimo de matriciamento. Certamente a discussão de caso tem sua importância nesta prática matricial também em sua perspectiva de formação em serviço, todavia entendemos que seja necessário agregar outras ferramentas a este trabalho e mesmo aprofundar estas discussões de caso com a possibilidade de construção de projeto terapêutico singular – que de acordo com o que foi observado ainda não é rotineiramente utilizado para os casos mais complexos e quando usado, por vezes, de modo ainda equivocado, voltado à prescrição de conduta do profissional para o usuário.

Existem outras demandas e possibilidades de ferramentas a serem utilizadas no trabalho de Matriciamento em saúde mental, que podem auxiliar os profissionais neste processo de construção de novos saberes e práticas a partir do encontro destes diferentes pontos de vistas e vivências, como, por exemplo, o atendimento compartilhado, o trabalho em grupo, a discussão de um texto, a construção de projetos terapêuticos singulares, dentre outros modos de operar o Matriciamento.

Vale destacar, inclusive, que foi possível apreender que algumas tensões entre equipes de referência e equipes matricial vêm justamente da restrição à utilização de uma única ferramenta. Os profissionais percebem tal restrição a esta discussão de caso como pouca disponibilidade do outro em fazer junto e efetivar assim um encontro para construção de planos de cuidado. Bertussi (2010) também encontrou dados semelhantes em sua pesquisa e em relação a isto a autora destaca que este fazer junto, apesar de sua potencialidade formativa, por vezes, coloca estes profissionais em uma situação de maior exposição de suas inseguranças e despreparo para enfrentar certas situações e debates, por isto muitas vezes acabam restringindo seu leque de possibilidades de ação matricial, adotando uma postura de prescrição de conduta, a fim de evitar qualquer exposição.

Neste contexto de pouca integração cada um dos profissionais tende a se fixar ao seu núcleo de saber, em um movimento de relação com o saber de definição e afirmação de fronteiras rígidas, de modo que qualquer opinião ou crítica que toca o núcleo de saber do outro é percebido como descabida e invasiva, prevalecendo assim “um imaginário de mútua exclusão e competitividade” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p.967) entre equipe de referência e matriciadores, o que dificulta sobremaneira o compartilhamento de saberes e práticas pretendidos pelo matriciamento para a construção conjunta de um cuidado integral em saúde.

O Matriciamento prima pela possibilidade de aprender a aprender inclusive com as críticas, com as dúvidas, com os equívocos, com o processo, por uma relação

mais horizontalizada de saber/poder. Nisto está implicado certa perda de identidade profissional, de status, de ambientes profissionais e modos de trabalho familiares, o que reafirma a necessidade de uma proposta de formação em serviço sistemática e longitudinal envolvendo gestores, equipes de referência e matriciadores para que as possíveis resistências a tantas mudanças não se revertam em prática que apesar de carregar o nome de matriciamento em saúde mental caminha na direção contrária aos princípios do SUS, à Política de Atenção Básica, à Reforma Psiquiátrica (HIRDES; SILVA, 2014).

Algumas considerações

A observação das práticas de matriciamento reforçam a necessidade de criação, sistematização e fortalecimento de espaços de diálogo entre equipes de referência, equipes matriciais e gestores, para que a consolidação do Matriciamento aconteça; isto porque concluímos a partir do que foi possível apreender das entrevistas e das observações, que o matriciamento em saúde mental, com todos os desafios que carrega, depende de um processo de construção de modos de se relacionar mais integrados que não cabe em encontros eventuais ou esporádicos.

Como nos traz Bastos (2009) o Matriciamento envolve um transformar-se e ofertar-se ao outro, para a promoção coletiva de saúde em conformidade as políticas trazidas pela gestão, isto implica uma gestão democrática:

Características pessoais e profissionais, princípios e valores que irão permear as práticas, como a humildade, a flexibilidade, a generosidade de partilhar o conhecimento (...), o conhecimento da rede, a habilidade de construir consensos, a escuta de outros colegas especialistas, generalistas e usuários (HIRDES; SILVA, 2014, p.587).

Desta forma, pode-se dizer que não basta ter implantado o Matriciamento se certas garantias não acompanharem este trabalho, como aqueles encontros produtivos, regulares e longitudinais, que envolvam equipes de referência, matriciadores e gestores. A partir daí é possível um processo de efetivação da proposta matricial de formação em serviço, construção de um trabalho interdisciplinar, descentralização da saúde mental e, conseqüentemente, a integração da pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direito.

Certamente este estudo reconhece os avanços decorrentes do que já está colocado na prática cotidiana do município em questão, contudo também compreende a complexidade do processo de incorporação das lutas trazidas pelo matriciamento em saúde mental para a Atenção Básica. Ainda são tímidas, por exemplo, as iniciativas que explorem e assumam a potencialidade do Matriciamento em saúde mental em promover saúde e desinstitucionalização do cuidado.

Por tudo isto, reforçamos a necessidade de formação nesta perspectiva matricial, análise e acompanhamento constante desta prática para que em nome do matriciamento em saúde mental não se continue reproduzindo práticas que carregam apenas um nome politicamente aceito e valorizado sem se sustentar no que ele traz de mais importante para a consolidação dos princípios doutrinários do

SUS: a transformação das relações no sentido de maior compartilhamento para as construções sociais.

Referências

BASTOS, E. N. E. A prática cotidiana e a função apoiadora. In: Seminário Nacional de Humanização do SUS, 2, 2009, Brasília. **Anais do II Seminário Nacional de Humanização: Trocando Experiências. Aprimorando o SUS**, 2009. Disponível em <<http://www.sispnh.com.br/anais/inicio.asp>>. Acesso em 28 mar 2015.

BERTUSSI, D. C. **O Apoio Matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BEZERRA, E. e DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.28, n.3, p.632-645, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.

CAMPOS, G. W. S. e DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CUNHA, G. T. e CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em Saúde Mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

HIRDES, A. e SILVA, M. K. da R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p. 582-592, 2014.

LANCETTI, A. Saúde mental e Saúde da Família. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 117-120.

MINOLETTI, A.; ROJAS, G.; HORVITZ-LENNON, M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 440-447, 2012.

MINOZZO, F; DA COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.16, n.3, p. 438-450, 2013.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.1, p. 161-170, 2012.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). **Manual de**

Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 1.ed. São Paulo: Hucitec, p.154-178, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: um estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 4643-4652, 2011.

PATEL, V. et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. **World Psychiatry**, Milão, v. 9, n. 3, p. 169-176, 2010.

SOUZA, A.C. **Em tempos de PSF:** novos rumos para atenção em Saúde Mental? 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a Atenção Básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa analisamos o discurso sobre as práticas de Matriciamento em saúde mental realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial junto à Atenção Básica no município de Vitória, a partir da análise documental, das concepções depreendidas das entrevistas realizadas com psicólogos, gestores, matriciadores e equipes de referência e das observações registradas nos diários de campo.

Vale destacar que, apesar de termos eleito seis Unidades de regiões de saúde diferentes para realização das entrevistas com os profissionais de interesse desta pesquisa – pressupondo que as práticas matriciais poderiam variar de acordo com a região onde acontecem, tendo em vista as diversidades socioeconômicas, que abarcam – não constatamos qualquer variação de práticas entre as regiões que merecesse destaque, por este motivo as discussões trazidas neste trabalho não pontuam qualquer distinção do matriciamento de acordo com o local em que ocorrem.

Nesta pesquisa assumimos o desafio de tornar estranho o que era conhecido, já que a autora está profissionalmente e afetivamente implicada com o matriciamento em saúde mental. Foi preciso se abrir ao inédito e colocar em pauta, com muito cuidado questões que ainda não tinham sido nomeadas, principalmente por razões de ordem relacional, marcadas por defesas e acusações.

Por meio do estudo 1 e 2 foi possível conhecer o que estava sendo produzido sobre matriciamento e a partir destas análises construir instrumentos de pesquisa para alcançar outros objetivos.

Neste percurso, pudemos confirmar a hipótese da possibilidade do matriciamento em promover saúde e fomentar a desinstitucionalização do cuidado – o que foi tomado como tese – e apreender a necessidade de explorar ainda mais esta prática matricial naquilo que consideramos caro na Reforma Sanitária e na Reforma Psiquiátrica: a desmedicalização da vida e a desestigmatização do sofrimento psíquico.

Neste contexto, destacamos que o Matriciamento neste município conseguiu operar algumas rupturas importantes com os modos tradicionais de produzir saúde. Mesmo diante dos inúmeros desafios cotidianos, que tendem a desvirtuar a proposta e geralmente impulsiona a retomar o que é familiar e conhecido, tal como a fragmentação do cuidado em saúde mental.

Como trazido no estudo 3, que trata da história do matriciamento em saúde mental neste município, foi possível levar a todas as Unidades de Saúde a afirmativa de seu compromisso de acompanhamento e cuidado em saúde mental em parceria com os CAPS, os quais também devem assumir sua responsabilidade de estar no território, de modo a não mais encararem este trabalho como um agregar de tarefas, mas como parte de suas atribuições.

No entanto, como trazido também no estudo 3 e nos estudos subsequentes, tal sistemática de encontros produtivos e aquele envolvimento inicial e intenso da gestão neste processo foi se desfazendo, desencadeando outros processos de desimplicação com a proposta matricial por outros atores. Tal situação desfalcou de certo modo este trabalho matricial, que necessariamente requisita a presença atuante e a conexão entre gestão, Atenção Básica, CAPS e usuários, dentre outros atores sociais, para a transformação de um paradigma dominante que tende a fragmentar o cuidado e hierarquizar as relações entre profissionais.

Desta forma, temos atualmente momentos em que o Matriciamento com sua proposta de interseção de saberes e vivências consegue possibilitar uma ampliação das práticas em saúde, construindo ações coerentes com a demanda e a realidade local, com vistas à maior integração da pessoa em sofrimento psíquico pelos espaços da cidade e a produção de autonomia – como apresentado no estudo 8. Contudo, em outros momentos se mantém uma prática que apenas carrega o nome de matriciamento, mas se sustenta em relações verticalizadas marcadas por prescrições, autoritarismos e hierarquizações entre gestores, equipes de referência, matriciadores e usuários – como trazido, por exemplo, no estudo 4.

Seja em um ou outro momento, o que não está sendo sustentado neste município é o encontro produtivo, regular e longitudinal entre todos os atores implicados neste processo, seja para reverter alguns equívocos – não perdendo de vista que

o Matriciamento é regido por certos princípios – seja para sustentar este modo de operar o matriciamento que promove saúde e fomenta a desinstitucionalização.

Isto significa que as condições coletivas reais para a efetivação do matriciamento em saúde mental não estão colocadas de modo a possibilitar que as pessoas possam participar da elaboração e execução desta proposta de ação, o que prejudica sobremaneira o trabalho por uma rede efetivamente articulada necessária a Promoção à Saúde e a desinstitucionalização, restringindo, por vezes, o cuidado em saúde mental ainda ao setor saúde, focado na doença, como também discutimos no estudo 5.

Isto despertou em nós a intenção de, por meio desta pesquisa, respaldadas na convicção de que a pesquisa não pode estar isolada da intervenção e de que a Universidade e os serviços precisam estar juntos na discussão de alguns processos de trabalho, promover encontros entre os atores envolvidos e interessados na proposta matricial para discutirem os resultados desse trabalho, resgatarem alguns princípios e construir de modo compartilhado indicadores favoráveis ao fortalecimento do Matriciamento em saúde mental, bem como, a confecção conjunta de documento norteador voltado ao processo a avaliação do trabalho, baseado nas condições reais de oferta e demanda de cada serviço envolvido.

Entendemos que o matriciamento necessita de certa normativa, que não interfira no processo criativo e na autonomia das pessoas envolvidas neste trabalho, mas

que orientem e gerem resultados a partir da necessidade de cada realidade. A falta de diretrizes em relação ao processo e avaliação do trabalho tem tido repercussões graves, que desvirtuam o matriciamento de sua proposta de integração efetiva das pessoas para o cuidado integral em saúde.

Tínhamos o intuito de realizar tais momentos de encontro produtivo ainda no tempo desta pesquisa; no entanto, trabalhar com um campo ainda em construção, como o Matriciamento em saúde mental, nos abriu tantas outras necessidades de aprofundamento, que optamos deixar esta proposta como continuidade desta pesquisa.

A ideia é pensar no conjunto de indicadores que pudemos apreender a partir dessa pesquisa, como, a redução no número de internações, a diminuição das situações e crise e de ações compulsórias, a detecção precoce de casos novos, o aumento da oferta de cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico, o maior contato do psiquiatra com o médico de família, a maior articulação da rede, a ampliação do cuidado dos casos mais complexos, a qualificação dos encaminhamentos, o aumento do acompanhamento e seguimento dos casos, a transformação na vida das pessoas em sofrimento psíquico (aumento do vínculo e da rede de sociabilidade). A partir daí formular propostas que orientem o trabalho das equipes, tendo em vista a realidade de cada território, sempre com a finalidade de qualificação e ampliação do cuidado em saúde.

As pretensões com a promoção destes encontros se relacionam não só a intenção de disseminação dos pressupostos do Matriciamento, mas também a possibilidade de operar a democratização das relações e a invenção constante de sujeitos críticos e autônomos, com vistas a consolidação de uma clínica ampliada, da integralidade da atenção, da promoção à saúde e da desinstitucionalização do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

As pretensões são no sentido de que todos os atores envolvidos no matriciamento em saúde mental possam trabalhar também para civilizar fronteiras e assim consigam vivenciar toda a potencialidade deste encontro de saberes diversos, proporcionado pelo Matriciamento. E neste processo, para além das críticas, como trazido nos estudos desta tese, que a equipe de referência possa ouvir da equipe matricial “(...) que o trabalho de um centro de referência não funciona se não tiver o apoio da Atenção Básica. (...)”; a equipe matricial, por sua vez, ouvir da equipe de referência “(...) a gente só quer eles juntos da gente, a gente sabe que tem coisas que não tem muito jeito, mas tendo mais uma cabeça pensante já é muita coisa”; e também o gestor ouvir da equipe matricial: “(...) nós precisamos de certas garantias por parte da gestão (...) pactuação com o diretor da Unidade, com o diretor do CAPS (...)”.

Diante de todas as discussões apresentadas até aqui consideramos que ainda temos muitos caminhos a percorrer, tanto no que diz respeito às práticas, em uma luta por garantias e reorganizações dos processos de trabalho – ainda mais agora, que neste município se inicia um processo de implantação de NASF –

quanto no campo da pesquisa que, por sua atualidade, requisita, como discutem Oliveira e Campos (2015), um revisitar constante da tradição que sustenta as práticas em saúde, um resgatar da radicalidade democrática após a responsabilização com o Matriciamento e um enriquecer da proposta matricial por meio da investigação das experiências existentes em todo o país, que se mostram favoráveis às inovações que almejamos para o setor.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R., DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu. v.10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 43-46, 1994;

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-494, 1995.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Loucos pela vida**. Trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 195-204, 2009.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

_____. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o**

cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p.127-144.

BAPTISTA, L.A. **A Cidade dos Sábios**. Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. Tradução: Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes. 3. ed. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1982.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BOCK, A. M. B. A perspectiva histórica da subjetividade: uma exigência para a psicologia atual. **Psicologia América Latina**, 2004.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.30, n.3, p. 634-649, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 jan. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em 28 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2015. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 28 mar 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas**. Brasília, 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 28 mar 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº. 648, de 28 de março de 2006**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em 28 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em 28 mar 2015.

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.450-452, 2005.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.5, p. 163-177, 2000.

_____. Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde. In; CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

CAMPOS, F. E. de. et al. Caminhos para a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.25, n. 2, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-403, 1999a.

_____. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 187-193, 1999b.

CARVALHO, B. G. et al. Organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M; SOARES, D. A.; CORDONI, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.4, n.20, p. 1088-1095, 2004a.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 669-678, 2004b.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança no eixo das profissões em saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, 2004.

CECCIM, R. B.; CARVALHO; Y. M. de. Ensino de saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CECCIM, R.B. (Org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação em na área da saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p.69-92, 2005.

CHIAVERINI, D.H. (Org) et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família / Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. 172 p.

CRUZ, S. C. S. **Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia de Saúde da Família: O Caso de Resistência**. 2007. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

CZERESNIA, D; Freitas, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em Saúde Mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o Apoio Matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.32, n.79, p.143-49, 2009.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis / Rio de Janeiro, Brasil. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro. 154 p. 2004.

FORUM SOCIAL POR UMA SOCIEDADE SEM MANICOMIOS. Fórum social por uma sociedade sem manicômios: apontamentos e reflexões sobre os 20 anos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. **Boletim do Instituto Saúde**, n.45, p. 49-52, 2008, Disponível em <<http://www.usp.br/nepaidsabia/images/BIBLIOTECA/PDF/artigos/Uso%20de%20%C3%A1lcool%20e%20drogas%20entre%20adolescentes%20do%20Ensino%20M%C3%A9dio%20em%20S%C3%A3o%20Paulo.pdf>>. Acesso em 28 mar 2015.

GAMA, C. A. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. p. 112-31, 2009.

HONORATO, C. E. de M.; PINHEIRO, R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 mar 2015.

IGLESIAS, A. et al. Análise das ações de Promoção da Saúde realizadas por psicólogos da Macrorregião do Município de Vitória. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2009a.

IGLESIAS, A. **Em nome da promoção à saúde:** análise das ações em unidade de saúde da macrorregião de Maruípe Vitória - ES. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009b.

IGLESIAS, A e DALBELLO-ARAUJO, M. As concepções de Promoção da Saúde e suas implicações. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.291-298, 2011a.

IGLESIAS, A e DALBELLO-ARAUJO, M. Práticas de Promoção da Saúde no município de Vitória - ES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Vitória, v.13, n.4, p.5-9, 2011b.

IGLESIAS, A. et al. Promoção da Saúde: da Política à ação. In: CRUZ, S.C. de S.; WERNER, R.C.D.; DALBELLO-ARAUJO, M. (Org.). **Saúde Pública em Vitória: vários olhares**. Vitória: Aquarius, 2012. p.191-203.

LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 96-100, 2001.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 502 p., 2005.

LUCCHESI et al. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.9, p. 2033-2042, 2009.

LUSSI, I. A. de O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n.3, 2006.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática, anos 80. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MATTOS, R. A integralidade como eixo de formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.91-92, 2004.

_____. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: COSTA, L.A. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.313-52.

MELO, V. M. de. **Uma experiência baseada no Apoio Matricial em Saúde Mental: estratégia para um atendimento integral**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

MINAYO, M.C.S., DESLANDES, S.F., NETO, O.C., GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis - RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9 ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2003.

MUNARI et. al. Saúde Mental no contexto da Atenção Básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.10, n.3, p.784-95, 2008.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, p. 92-96, 2010.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago, 2004.

OLIVEIRA, M. M. de; CAMPOS, G. W. de S. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 229-238, 2015.

OMS/OPAS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS, Caracas1990. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em 28 mar 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 96-111, 2001.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. 1986. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em 13 jan 2015.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Adelaide**. 1988. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em 13 jan 2015.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Sundsvall**. 1991. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em 13 jan 2015.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Jacarta**. 1997. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em 13 jan 2015.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração do México**. 2000. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em 13 jan 2015.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde loucura 2**. São Paulo: Hucitec, p.130-138. 1990.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROMANHOLI, A. C. **Na corda bamba**: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Atenção Primária. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, p. 17-59, 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SPINK, M.J.P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

SPINK, M.J.P. (Org.) **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

SAKAI, M. H. *et al.* Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S. M de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, p.111-124, 2001.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências do Ceará. In: JATENE, A. e LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2 ed., p.199-219, 2001.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF**: novos rumos para atenção em Saúde Mental? 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000.

SPINK, M.J. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

SPINK, M.J. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TENÓRIO, F. A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 25-59, jan – abr 2002.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da Saúde Mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Serviço público de saúde da capital é destaque em série nacional de reportagens. Vitória, 25 set 2012. Disponível em <<http://www.vitoria.es.gov.br/secom.php?pagina=noticias&idNoticia=9561>>. Acesso em 25 mar 2015.

APÊNDICE A

1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS DIRETORES DAS UNIDADES DE SAÚDE E DOS CAPS

1. Como se dá o Matriciamento em Saúde Mental neste serviço? Quem participa? Como vocês se organizam?
2. Alguma coisa mudou desde a implantação do Matriciamento? O que?
3. Há quanto tempo existe o Matriciamento em Saúde Mental? Você sabe como aconteceu a implantação do Matriciamento e por que se pensou nisso?
4. O que você acha da proposta do Matriciamento?
5. Como os demais membros da equipe vêem o Matriciamento?
6. Como você gostaria que fosse o Matriciamento? E ele acontece assim? O que você sugere de mudanças neste trabalho?
7. Que tipo de ação/intervenção é feito junto ao Matriciamento?
8. Vocês enfrentam algumas dificuldades? Quais?
9. Como se dá o contato entre equipe de referência e matriciadores? Como é a receptividade dos profissionais as solicitações de vocês? Que tipos de solicitações são feitas?
10. Existe uma forma de registro de monitoramento dos casos compartilhados?
11. O Matriciamento supre as demandas em Saúde Mental existentes? Se não, qual seria a proposta?
12. Existem critérios de convocação do Matriciamento? Quais?
13. Como se dá o processo de escolha dos casos a serem levados para a discussão na reunião entre equipe de referência e matriciadores?
14. Que casos são estes?
15. Como você avalia o andamento do Matriciamento?
16. Relate um caso atendido junto ao Matriciamento, que você considera bem sucedido e mal sucedido? Por que os considera assim? Quais os critérios utilizados para um caso bem sucedido e mal sucedido?

APÊNDICE B

1- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE

1. Como se dá nesta Unidade o atendimento aos usuários em sofrimento mental? Você tem alguma formação para o trabalho com esta demanda?
2. Alguma coisa mudou desde a implantação do Matriciamento? O que?
3. Como acontece o Matriciamento nesta Unidade? Quem participa? Como vocês se organizam?
4. Há quanto tempo existe o Matriciamento em Saúde Mental? Você sabe como aconteceu a implantação do Matriciamento e por que se pensou nisto?
5. O que você acha da proposta do Matriciamento?
6. Como os demais membros da equipe vêem o Matriciamento?
7. Como você gostaria que fosse o Matriciamento? E ele acontece assim? O que você sugere de mudanças neste trabalho?
8. Que tipo de ação/intervenção é feito junto ao Matriciamento?
9. Vocês enfrentam algumas dificuldades? Quais?
10. Como se dá o contato com os matriciadores? Como é a receptividade dos matriciadores as solicitações de vocês? Que tipos de solicitações são feitas?
11. Existe uma forma de registro de monitoramento dos casos compartilhados com o Matriciamento?
12. O Matriciamento supre as demandas em Saúde Mental existentes neste território de saúde? Se não, qual seria a proposta?
13. Existem critérios de convocação do Matriciamento? Quais?
14. Como se dá o processo de escolha dos casos a serem levados para a discussão na reunião junto ao Matriciamento?
15. Que casos são estes?
16. Como você avalia o andamento do Matriciamento?
17. Relate um caso atendido junto ao Matriciamento, que você considera bem sucedido e mal sucedido? Por que os considera assim?
18. Você já se sente a vontade em atender uma pessoa em sofrimento psíquico?

APÊNDICE C

1- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS MATRICIADORES DOS CAPS

1. Como acontece o Matriciamento em Saúde Mental? Objetivos? Quem participa? Quais atividades são realizadas?
2. Como se dá o Matriciamento partindo deste CAPS? Como vocês se organizam?
3. Há quanto tempo existe o Matriciamento? Você sabe como aconteceu a implantação do matriciamento e por que se pensou nisto?
4. O que você acha da proposta do Matriciamento?
5. Como os demais membros da equipe vêem o Matriciamento?
6. Como você gostaria que fosse o Matriciamento? E ele acontece assim? O que você sugere de mudanças neste trabalho?
7. Vocês enfrentam algumas dificuldades? Quais?
8. Como se dá o contato com a US? Como é a receptividade dos profissionais da US à atenção à Saúde Mental? E ao Matriciamento?
9. Existe uma forma de registro de monitoramento dos casos compartilhados com as Unidades de Saúde?
10. Existem critérios de convocação do Matriciamento? Quais?
11. Como se dá o processo de escolha dos casos a serem levados para a discussão na reunião junto a US?
12. É necessário ter alguma formação específica para exercer o papel de matriciador? O que te preparou para ser um matriciador? Em sua opinião, o que é necessário para ser um matriciador em Saúde Mental?
13. O que te levou a trabalhar como matriciador? Como é ser um matriciador em Saúde Mental?
14. Como você avalia o andamento do Matriciamento?
15. Você percebe alguma mudança desde a implantação do Matriciamento? Tem gerado resultados? Quais?
16. Vocês já podem contar com a parceria de outros serviços?
17. O que você espera deste trabalho de Matriciamento?
18. Relate um caso atendido junto à Unidade de Saúde, que você considera bem sucedido e outro mal sucedido? Por que os considera assim? Quais os critérios utilizados para um caso bem sucedido e mal sucedido?

APÊNDICE D

1- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

1. O que é o Matriciamento?
2. Como foi a implantação desta estratégia no município na área da Saúde Mental? Foram construídos alguns critérios para se acionar o Matriciamento, por exemplo? Existe um protocolo norteador do trabalho de Matriciamento em Saúde Mental neste município?
3. Sob quais circunstâncias este Matriciamento foi implantado?
4. Como aconteceu a transmissão deste outro modo de se trabalhar aos profissionais das US e dos CAPS?
5. Qual a aceitação dos profissionais das Unidades e dos CAPS a esta estratégia?
6. Como acontece o Matriciamento em Saúde Mental no município, hoje? Objetivos? Quem participa? Como os serviços se organizam para fazer acontecer o Matriciamento?
7. Há quanto tempo tem-se o Matriciamento em Saúde Mental em Vitória?
8. O que se pretende com a implantação do Matriciamento? Quais as expectativas? Elas estão sendo alcançadas?
9. Existem indicadores que demonstram os impactos decorrentes da implantação do Matriciamento?
10. Como se avalia o andamento do Matriciamento?
11. Como era antes da implantação do Matriciamento?
12. Quais as dificuldades enfrentadas? O que precisa melhorar? O que fazer para avançar?

APÊNDICE E

1-ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MATRICIAMENTO

I - DADOS GERAIS:

Local _____

Profissionais presentes _____

Data: __/__/__

Deve-se observar:

- Como acontece a reunião: quem fala, o que fala e com quem fala;
- Quem participa e como participa;
- Temas abordados;
- Tipo de registro destas reuniões;
- Abordagem utilizada;
- Interações e confrontos entre os profissionais presentes;
- Encaminhamentos suscitados a partir do encontro entre as equipes envolvidas

APÊNDICE F

Universidade Federal do Espírito Santo Programa de Pós-Graduação em Psicologia TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL SOB VÁRIOS OLHARES

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof.^a Dr^a Luziane Zacché Avellar e que será realizada pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Alexandra Iglesias, PPGP 2011/2014, já autorizada pela Secretaria de Saúde do município de Vitória - ES.

Nosso objetivo é analisar o discurso sobre as práticas de Matriciamento em Saúde Mental à Atenção Básica de Saúde nas seis regiões de saúde do município de Vitória - ES, a partir de observações e entrevistas individuais com os profissionais de saúde. A participação nesta pesquisa é optativa e a não aceitação em participar não acarretará nenhum prejuízo ao profissional de saúde. Garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado. Agradecemos a colaboração.

Eu _____ RG: _____,

concordo em participar do projeto de pesquisa acima descrito e autorizo a utilização dos dados coletados, que poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada.

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias.

Assinatura do participante
Endereço: _____

Alexandra Iglesias
RG 1.770.950-ES
Endereço e Tel. para contato:
Av. Fernando Ferrari, 514,
Goiabeiras,
Tel.: 3335-2501/ 98172-0115


Vitória - ES, ____/____/____.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa - UFES: Av. Fernando Ferrari, 514 –
Goiabeiras, CEP 29075-910 Vitória - ES, Brasil. Telefone: (27) 4009-2430
E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

ANEXOS



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 40	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Alexandra Iglesias			
6. CPF: 101.301.087-66		7. Endereço (Rua, n.º): FRANCISCO EUGENIO MUSSIELLO JARDIM DA PENHA Bloco A, apt 201 VITORIA ESPIRITO SANTO 29060290	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (27) 8172-0115	10. Outro Telefone:
		11. Email: leiglesias@gmail.com	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>08</u> / <u>11</u> / <u>12</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO (UFES)		14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo
16. Telefone: (27) 4009-2523		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Ma Cristina Smith Menandro</u>		CPF: <u>788.510.927-53</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora do PPGP</u>			
Data: <u>14</u> / <u>11</u> / <u>2012</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			
		7/ Maria Cristina Smith Menandro Professora - Coordenadora Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGP - UFES	





Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/ CAPS III, CAPS-AD, CAPSi e Área Técnica da Saúde Mental	12/03/2013	REGINA DINIZ

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Sr (a) Diretor (a)

O projeto de pesquisa de Doutorado da Universidade Federal do Espírito Santo, intitulado "**Apoio Matricial em Saúde Mental: análise das práticas do município de Vitória-ES**" de autoria de Alexandra Iglesias com orientação da Prof.^a Dr.^a Luziane Zacché Avellar, foi aprovado para sua realização.

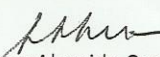
Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o **objetivo de** analisar práticas de apoio Matricial em Saúde Mental à Atenção Primária de Saúde no Município de Vitória-ES.

A **metodologia** utilizada será de abordagem qualitativa, com diferentes estratégias metodológicas, utilizando como instrumentos de investigação: roteiros de entrevista semi-estruturadas e roteiro de observação. A pesquisa será realizada nos CAPS: CAPS III, CAPSi e CAPS –AD, além da Área Técnica da Saúde Mental e de 06 UBS, sendo uma de cada região de saúde.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretária.

Solicitamos que o pesquisador seja recepcionado e que a pesquisa seja viabilizada por esta Unidade.

Atenciosamente,


Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde
ETSUS-Vitória